SÉRIE SANTÉ ET PATIENTS

Volume 4

La mesure du trouble mental

psychiatrie, sciences et société

sous la direction de
Philippe Le Moigne

ISTE editions

La mesure du trouble mental

First published 2018 in Great Britain by ISTE Editions Ltd.

Apart from any fair dealing for the purposes of research or private study, or criticism or review, as permitted under the Copyright, Designs and Patents Act 1988, this publication may only be reproduced, stored or transmitted, in any form or by any means, with the prior permission in writing of the publishers, or in the case of reprographic reproduction in accordance with the terms and licenses issued by the CLA. Enquiries concerning reproduction outside these terms should be sent to the publishers at the undermentioned address:

ISTE Editions Ltd
27-37 St George's Road
London SW19 4EU
UK

© ISTE Editions Ltd 2018
The rights of the authors of this work have been asserted by them in accordance with the Copyright, Designs and Patents Act 1988.

British Library Cataloguing-in-Publication Data
A CIP record for this book is available from the British Library
ISBN: 978-1-78405-525-7 (print)
ISBN: 978-1-78406-525-6 (e-book)

Printed and bound in Great Britain by CPI Group (UK) Ltd., Croydon, Surrey CR0 4YY, December 2018

Série *Santé et patients*
sous la direction de Bruno Salgues

La mesure du trouble mental

psychiatrie, sciences et société

sous la direction de

Philippe Le Moigne

ISTE editions

Série *Santé et patients*

Volume 1 – Edwige Rude-Antoine
Cancer de l'adolescent et du jeune adulte

Volume 2 – Aline Courie Lemeur
Les réseaux de santé

Volume 3 – Frank Pizon
Éducation à la santé et prévention

Table des matières

Introduction. Des instruments et des sujets : l'individualité et ses règles 1
Philippe LE MOIGNE

Partie 1. Principes : forces et limites de l'instrumentation psychiatrique 45

Introduction de la partie 1 47

Chapitre 1. La diffusion de la nosographie psychiatrique dans les sciences : origines et enjeux de la recherche sur la dépression (1950-1985) 51
Philippe LE MOIGNE

1.1. Premier moment : du modèle réactionnel aux premières hypothèses cliniques (1950-1977) 55
1.1.1. De l'inertie dépressive à la différenciation de l'affection mentale 56
1.1.2. La personnalisation de la cure : la subjectivité comme instrument de connaissance ? 59
1.2. Deuxième moment : essor et limites de la neurochimie du cerveau (1978-1984) 62
1.2.1. L'hypothèse endogène 63
1.2.2. L'échec du diagnostic médical de la dépression 64
1.2.3. La sémiologie psychiatrique ou la référence obligée 66
1.3. Troisième moment : aux principes de l'évaluation clinique standardisée (après 1985) 69
1.3.1. La conceptualisation selon la psychopathologie quantitative . . . 69

1.3.1.1. La psychométrie ou la démonstration intraconcept 69
1.3.1.2. La taxinomie : la classification des observables. 71
1.3.2. La mesure du changement : un arbitrage instrumental 74
1.3.3. La validité externe des échelles d'évaluation : la connexion interdisciplinaire 78
1.3.4. La fidélité interjuges : la production de l'unité interne 81
1.4. Conclusion 84
1.5. Bibliographie 87

Chapitre 2. L'échelle d'Hamilton comme analyseur des difficultés épistémologiques de la recherche sur la dépression 95
Xavier BRIFFAULT

2.1. Une mesure sans objet mesuré. 97
2.1.1. Une diffusion rapide, sans contraintes théoriques 98
2.1.2. Une échelle *zeitgeist*-compatible 99
2.1.3. Des usages s'éloignant rapidement de la destination initiale de l'échelle. 101
2.1.4. L'essayer, c'est adopter sa dépression. 103
2.2. Des critiques nombreuses, mais sans effet. 104
2.2.1. Une institution problématique de la dépression 106
2.2.2. De nouvelles espèces dépressives 107
2.3. Vers une crise paradigmatique ? 110
2.3.1. La régulation EBM du dispositif dépression 112
2.3.2. Ouverture technologique : vers un nouvel idiome de la santé mentale 115
2.4. Conclusion 117
2.5. Bibliographie 118

Partie 2. Avènements : chroniques de tests à succès 127

Introduction de la partie 2 129

Chapitre 3. Une échelle en or pour évaluer le TOC : sur l'usage de la Y-BOCS 133
Margot MORGIÈVE

3.1. Développement historique et ontologique de l'échelle et du trouble . . 134
3.1.1. Prérequis de l'échelle : l'existence d'un trouble à mesurer. 134
3.1.2. Fabrication historique de l'échelle 138

3.2. Un instrument d'objectivation explicatif et structurant 140
3.2.1. Un instrument qui désagrège l'expérience 140
3.2.2. La consultation : vecteur d'expressions y-bocsisées 142
3.2.3. Un habitus tocifié 143
3.2.4. Usages de l'échelle en or solidifiée 145
3.2.5. Une échelle qui structure le monde 148
3.3. Limites et évolutions de l'échelle 151
3.3.1. Réduction de l'expérience 151
3.3.2. Vers une évaluation contextualisée du sujet pensant ? 152
3.4. La Y-BOCS a-t-elle un (bel) avenir ? 155
3.5. Bibliographie 157

Chapitre 4. Objectiver la démence : l'usage du *Mini-Mental State Examination* dans la recherche et la pratique médicales 163
Baptiste BROSSARD

4.1. Du succès à la controverse 166
4.1.1. Création du MMSE 166
4.1.2. Une promotion locale 167
4.1.3. Une carrière inattendue 168
4.1.4. La fin du MMSE ? 170
4.2. Un capital de convertibilité 172
4.2.1. La pratique de la recherche médicale 172
4.2.2. La pratique des consultations gériatriques 174
4.2.3. La pratique de l'*Evidence-Based Medicine* 176
4.2.4. La pratique du copyright 180
4.3. Conclusion 181
4.4. Bibliographie 182

Partie 3. Usages : les tests en contexte 189

Introduction de la partie 3 191

Chapitre 5. Le MMSE en pratique : la relation médicale au miroir de la passation d'un test neuropsychologique 195
Aude BÉLIARD

5.1. L'interprétation des tests au moment du diagnostic initial : les proches écoutés et évalués 199
5.2. Tester les fonctions cognitives, travailler le lien avec les familles : les usages multiples des tests dans le long terme de la relation entre soignants, patient et famille 203

5.3. Conclusion 213
5.4. Bibliographie 214

Chapitre 6. Du soin à la prévention des risques : la carrière des tests de dépistage des drogues dans le monde du travail (États-Unis/France) 217
Renaud CRESPIN

6.1. De la clinique à la guerre du Viêtnam : innovation et premiers usages . 222
6.1.1. Entre soins, ordre social et financement : les premiers dépistages 222
6.1.2. Une évaluation propice à la diffusion d'un standard de traitement 225
6.1.3. Appropriation militaire : le dépistage comme arme de prévention massive 226
6.1.3.1. L'opération Golden-Flow 226
6.1.3.2. Des industries à l'écoute : dynamiques concurrentielles et ajustements techniques 227
6.1.3.3. Massification et débordements : standardiser les procédures 228
6.1.4. Extension du domaine du dépistage : l'emploi civil américain . . 230
6.1.4.1. Dépister les salariés : une solution politique 231
6.1.4.2. Les entreprises américaines au risque de la guerre à la drogue 231
6.1.4.3. Quand le dépistage devient la norme 233
6.1.4.4. Les paradoxes de la critique : standardisation technique et justesse du dépistage 234
6.1.4.5. Le monde du dépistage américain : les entreprises pharmaceutiques au cœur d'un marché prospère . . . 235
6.2. Réguler et standardiser : la domestication européenne du dépistage des drogues 237
6.2.1. Acclimater les tests aux normes du travail : un clivage dans les régulations françaises 237
6.2.2. L'exigence d'un standard : des techniques, des normes et des réseaux 241
6.2.2.1. Les normes américaines : une référence pour l'Europe . . . 242
6.2.2.2. La SFTA : les intérêts d'une expertise pharmaco-toxicologique 243
6.2.2.3. Une production d'expertise comme performance publique . 243
6.2.3. Multipositionalité et affinités électives : l'intéressement des pouvoirs publics 245

6.2.3.1. Porter l'alerte sur les drogues dans le débat public : réseaux et ressources institutionnelles 246
6.2.3.2. L'accès à des espaces confinés 248
6.3. Conclusion 249
6.4. Bibliographie 252

Conclusion 263
Philippe LE MOIGNE

Liste des auteurs 269

Index 271

Introduction

Des instruments et des sujets : l'individualité et ses règles

> « L'excès de précision, dans le règne de la quantité, correspond très exactement à l'excès du pittoresque, dans le règne de la qualité. La précision numérique est souvent une émeute de chiffres, comme le pittoresque est, pour parler comme Baudelaire, "une émeute de détails". On peut y voir une des marques les plus nettes d'un esprit non scientifique, dans le temps même où cet esprit a des prétentions à l'objectivité scientifique. En effet, une des exigences primordiales de l'esprit scientifique, c'est que la précision d'une mesure doit se référer constamment à la sensibilité de la méthode de mesure et qu'elle doit naturellement tenir compte des conditions de permanence de l'objet mesuré. Mesurer exactement un objet fuyant ou indéterminé, mesurer exactement un objet fixe et bien déterminé avec un instrument grossier, voilà deux types d'occupations vaines que rejette de prime abord la discipline scientifique. » (Bachelard 1967)

Le propos de cet ouvrage est de tenter de comprendre, à partir du regard des sciences sociales, comment et pourquoi la mesure a rencontré en psychiatrie une telle ascension depuis 1980, date de parution du standard consacré en la matière – le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, *Third Edition* (DSM-III) (APA 1980)[1]. De fait, à partir de cette date, la diffusion du manuel a profondément transformé le langage et la

Introduction rédigée par Philippe LE MOIGNE.

1. L'ouvrage fait suite au séminaire que j'ai dirigé, entre 2014 et 2015, à l'École des hautes études en sciences sociales, intitulé *La Mesure du Trouble Mental. Des principes aux Usages*. À l'exception du chapitre rédigé par Margot Morgiève, le livre réunit l'ensemble des communications effectuées lors de ce séminaire.

pratique de la discipline (Pichot 1984), même si la genèse de l'appareillage instrumental dont le DSM se réclame remonte à la fin des années 1950, c'est-à-dire au moment où démonstration doit être faite de l'efficacité des premiers médicaments psychotropes, au regard en particulier de la cure analytique (Healy 1999 ; Demazeux 2013a).

Parler d'instruments de mesure ici, c'est d'abord évoquer des échelles ou des tests, c'est-à-dire des grilles d'observation ou des questionnaires destinés pour l'essentiel au diagnostic des patients ou encore à la mesure de leur évolution sous thérapeutique. L'ouvrage s'adresse donc à la compréhension des principes et à l'usage de ces grilles, à l'exception d'un des chapitres qui porte sur l'emploi d'un test biologique dans le dépistage des consommations de drogues au travail. Ces grilles peuvent comprendre de multiples items de cotation, ou se réduire à une liste sommaire de quelques éléments d'observation, comme dans le cas du MMSE (*Mini-Mental State Examination*), utilisé dans le dépistage de la maladie d'Alzheimer (Béliard 2014 ; Béliard et Eideliman 2014 ; Brossard 2014), auquel deux des chapitres du livre sont dédiés. Généralement, une note est donnée à chaque item de l'échelle, soit par le clinicien après consultation du patient, ou bien à partir des réponses faites par celui-ci au questionnaire. Après quoi, la somme des cotations permet, au regard d'un score seuil défini à l'avance, d'établir si le diagnostic est caractérisé, ou bien encore, si l'évaluation est répétée dans le temps, d'observer dans quelle mesure l'état du patient s'est ou non amélioré (Guelfi 1998 ; Rush *et al*. 2008).

Au-delà de ces différences de formes, force est de reconnaître que ces échelles ou tests constituent aujourd'hui un passage obligé de la recherche, si bien que leur nombre n'a cessé de croître à mesure que l'investigation sur le trouble mental s'est elle-même démultipliée. Ainsi, ces tests s'appliquent aussi bien au diagnostic de la dépression, de la schizophrénie, à celui des psychopathologies de la personnalité qu'à la mesure de « l'autonomie » ou du « fonctionnement » du sujet face à la maladie, ou bien encore à la définition des « bonnes pratiques » dans la prise en charge des patients. Cette expansion n'est pas restée confinée au seul secteur des sciences ou de la pratique professionnelle : elle a gagné la plupart des secteurs de la vie sociale, au point d'avoir acquis une forme véhiculaire ou matricielle. Ainsi, ces instruments sont également utilisés dans l'actuariat, le remboursement des soins, la gestion hospitalière, l'expertise judiciaire (Menninger et Nemiah 2000 ; Rush *et al.* 2008 ; Briffault 2010), mais également (il est vrai dans le prolongement d'un usage plus ancien) dans l'orientation scolaire, le recrutement des armées ou la sélection à l'embauche (Buchanan 2002 ; Pâquet et Boivin 2007 ; Crespin 2009), ou ils viennent encore servir de manière plus récente l'estimation de la qualité de vie ou du bien-être individuel (Le Moigne 2010b). Comment rendre compte du caractère matriciel de ces outils ? Et à quoi l'attribuer ?

Un détour par l'organisation du travail de recherche peut offrir ici une première amorce de réponse. Si on en reste à cette sphère d'activité, une vision clairement datée

du rôle tenu par l'instrumentation dans la recherche tend à lui attribuer le statut d'une simple médiation technique, entre la pensée théorique et sa confrontation à l'épreuve des faits : sous ce jour, l'instrument n'est au mieux qu'un procédé utile à la démonstration d'une hypothèse. Ce rationalisme reste pour le moins abstrait et désarmé lorsqu'il s'agit de décrire la recherche « en train de se faire », son organisation de travail et son développement historique. Comme l'a montré la sociologie des sciences, l'expansion de ce domaine d'activité à partir des années 1960 ne peut se concevoir hors du rôle joué par la formalisation et la diffusion d'outils génériques dans la recherche (Shinn 2000 ; Shinn et Ragouet 2005 ; Le Moigne et Ragouet 2012). C'est pourquoi on ne peut pas réduire l'emploi des instruments à la mise à l'épreuve d'une raison conceptuelle : l'instrumentation repose elle-même sur une raison pratique, dotée de raisonnements et de références qui lui sont propres, tout en étant toujours plus ou moins « ancrée », c'est-à-dire pensée à partir des contraintes de l'activité scientifique, de sa faisabilité et de l'expérience pragmatique des chercheurs.

Toutefois, bien que le rôle tenu par les outils dans les sciences soit indéniable, il n'y a pas lieu, *a contrario*, d'en déduire une histoire positive ou apologétique de l'instrumentation. Un tel glissement conduit à établir l'instrument en creuset de la « science objective », credo auquel les concepteurs du DSM-III n'ont pas manqué de se rallier (Blashfield 1984 ; Sadler *et al.* 1994 ; Demazeux 2013a). Le risque est d'aboutir ici à un renversement de la pensée rationaliste, la nécessité de la réfutation empirique par l'expérience de recherche et son appareillage instrumental étant alors tenue pour primordiale et décisive, et la réflexion théorique pour accessoire. Poussé à son terme, le raisonnement peut conduire à penser que l'obtention de résultats tangibles et constants, au moyen des appareils de mesure, suffit à faire démonstration. Mais de quoi ? Sans une explication, sans une représentation de l'objet et des processus étudiés, une constante reste dénuée de sens[2].

Mais encore, ces exposés de principes ne permettent pas de rendre raison à la diversité tant du sort scientifique que de l'audience publique rencontrée par l'instrumentation de recherche. Pour en rendre compte, une vision élargie de l'usage des instruments est nécessaire. Ainsi, dans certains cas, l'instrumentation relate un processus vertueux à l'issue duquel l'usage des outils nés de l'activité scientifique paraît répondre à une sorte d'évidence, leur emploi étant plébiscité par la recherche, tandis que leur application dans le corps social connaît de nombreux débouchés, comme dans la série d'exemples décrits par Terry Shinn des systèmes de contrôle automatique, de l'ultracentrifugeuse, du laser ou encore du microprocesseur (Shinn 2000). Dans d'autres cas,

2. C'est là la limite de la thèse développée par Ian Hacking, aux premiers temps de sa réflexion, dans *Représenter et Intervenir* (Hacking 1983). Pour une exposition du développement de l'instrumentation en psychologie, fort documentée mais qui n'évite pas toujours l'écueil apologétique, voir Sturm et Ash 2005.

l'instrumentation peut être témoin de rapports de force contradictoires, sa pertinence conceptuelle et factuelle peut être discutée, sinon âprement critiquée, sans pour autant que de tels désaccords ne parviennent à remettre en cause ni son emploi dans la recherche ni ses applications dans le corps social. En somme, dans cet exemple, l'emploi de l'instrument incarne une forme de compromis : cet usage est jugé acceptable, voire pratique, sans pour autant que sa forme ne soit réellement approuvée. Mais, comment expliquer le maintien d'un usage s'il n'emporte pas l'adhésion ? Une telle situation peut-être imaginée en probabilité dès lors qu'on distingue les qualités intrinsèques des outils de leurs propriétés organisatrices. Autrement dit, il arrive que l'emploi de certains instruments réussisse à se maintenir, en dépit des critiques dont leur usage fait l'objet, simplement en vertu des effets de régulation et de stabilisation que ceux-ci parviennent à instaurer. Il suffit par exemple que cet emploi offre une affirmation de position au secteur de recherche qui a conçu les instruments, aux professionnels qui recourent à leurs applications, ainsi qu'à tout ou partie de leurs clientèles, pour que la diffusion des outils reste stable, alors que l'unanimité à leur égard fait défaut. Et de fait, ce cas de figure décrit assez bien le statut de l'instrumentation dans le champ de la recherche et de l'activité psychiatriques.

Il y a là plus qu'un paradoxe : en dépit d'un développement continu et exponentiel, dans les sciences, en médecine comme auprès des publics concernés par l'évaluation du trouble mental, la confection comme l'emploi des tests conçus par la psychiatrie n'ont jamais cessé d'être critiqués, souvent à bon droit (Briffault et Martin 2011), y compris et d'abord par les tenants d'un savoir psychiatrique étayé, précisément, par la statistique et la standardisation (Blashfield 1984)[3]. Comment expliquer la généralisation sans fin d'un outillage qui n'emporte pas l'adhésion, loin s'en faut, ni dans le camp de ses producteurs ni dans celui de ses utilisateurs ? C'est ce paradoxe, qui par de nombreux aspects a pris en psychiatrie l'aspect d'une « marque de fabrique », qu'il s'agit de comprendre.

Pour éclairer ce développement paradoxal, on propose de procéder à un détour par une brève socio-histoire du contexte américain qui a vu naître et se développer cette instrumentation, sous la bannière de l'évaluation standardisée. D'abord, on tentera de montrer, à travers ce préalable, comment l'essor de l'objectivité fondée sur les instruments a fait suite, dans ce contexte, à la montée d'un subjectivisme tout aussi radical, acquis à la singularité et à l'autonomie de l'individu. Ce contexte, qui peut être mieux décrit comme celui de l'institutionnalisation de la santé mentale, a placé le savoir psychiatrique et la prise en charge du trouble mental devant une difficulté, à la fois, de désignation et de régulation. C'est pourquoi, et c'est l'argument qu'on développera

3. Les débats qui ont entouré la confection du DSM-V offrent l'une des dernières démonstrations en date, et sans doute l'une des plus significatives, des critiques qui ont toujours entouré la production de l'instrumentation psychiatrique au sein même de la discipline (Demazeux 2013b).

ensuite, il est possible de considérer que le déploiement des échelles et des tests standardisés en psychiatrie, par leurs postulats, leurs formes ou encore leurs modes de validation, que ce déploiement donc a offert une réponse pour le moins adaptée à cette situation de crise. Autrement dit, on ne peut comprendre un tel développement sans rappeler que cet outillage a cherché d'abord, à l'origine, à rétablir l'autorité de la discipline en contrepoint de la critique née de l'antipsychiatrie, particulièrement sensible à la défense du patient, et à sa promotion comme sujet de plein droit. Dans ce contexte, l'objectivité instrumentale, en dépit de ses qualités discutables et discutées, a produit des effets proprement structurants, pour la psychiatrie, comme à l'endroit de ses différents publics.

Ainsi, l'effet de structuration qui se déduit de l'évaluation standardisée et de son essor a donc beaucoup à voir avec la montée concomitante d'une pensée critique, acquise à *l'individualité de la personne*. Si on fait sienne cette idée, alors il faut en accepter également le prolongement logique, au moins à titre d'hypothèse ; à savoir, qu'il existe probablement *un lien d'affinité entre l'instrumentation psychiatrique et le type de règles appelé à se développer dans une société gagnée par la promotion de l'individu*. La présentation détaillée de cette hypothèse, paradoxale en apparence, clôturera cette introduction. Elle servira de fil rouge à l'ouvrage, chacun des chapitres offrant en quelque sorte l'occasion d'en mesurer la valeur heuristique.

I.1. L'institutionnalisation de la santé mentale : le contexte d'émergence de l'instrumentation

Parler d'individualité exige, pour que le terme soit bien compris, de procéder à un bref détour conceptuel. L'utilisation de ce terme vise d'abord à s'affranchir des connotations et des approximations généralement associées à l'individualisme. On entend ici par *individualité, un système normatif* qui place l'individu au centre de son propos en lui reconnaissant au moins trois qualités : *l'autonomie*, c'est-à-dire la capacité à créer ses propres normes ; *l'indépendance*, ou la faculté de se libérer de l'influence d'autrui par l'intermédiaire d'une capacité propre d'action, et *la singularité* ou encore la subjectivité, à savoir le fait de posséder en propre une identité (ou un soi) (Le Moigne 2012)[4]. C'est cette dernière qualité que le terme d'individualité cherche à intégrer en propre, à la différence des études sur l'individualisme qui ne comprennent pas toujours cette dimension. Or, la distinction de soi et la singularité personnelle sont indissociables de la promotion que de nombreux secteurs de la vie sociale réservent aujourd'hui à l'individu, à commencer par le monde de l'art ou encore les psychologies du sujet

4. Même s'il convient de noter des différences significatives entre les termes de l'individualité qui dominent aux États-Unis, et qui nous intéressent ici, et ceux qui sont plus communs au contexte français (Ehrenberg 2010).

dédiées au développement et à l'épanouissement individuel. Par ailleurs, considérer l'individualité comme un système normatif, c'est-à-dire comme une série d'obligations morales, c'est défendre implicitement une sociologie relationnelle et dynamique, c'est-à-dire un parti pour lequel l'intégration de l'individu à l'analyse n'est jamais ni causale ni explicative. Il y est question de considérer la personne à partir d'une dimension relationnelle. L'individu est pris dans la relation de réciprocité qui l'unit à son groupe, et par-delà à la collectivité, mais il n'est pas à l'origine de cette relation. Autrement dit, la perspective relationnelle, dans laquelle on reconnaîtra une référence directe à Norbert Elias, permet de défaire l'analyse de la personne de toute référence à un soi substantiel, autodéterminé, en un mot, réel, et la prémunit ainsi de tout naturalisme psychologique (Elias 1991 ; Descombes 2004).

Mais considérer l'individualité sous l'angle d'un système normatif, c'est également prendre acte des contraintes que ce système fait peser sur l'action, et en particulier sur la décision, là où un parti individualiste tend à admettre que ces problèmes sont d'emblée résolus. En particulier, les problèmes que nourrit l'individualité, au-delà des difficultés logiques qui entourent les questions relatives à l'autonomie et à l'indépendance individuelles, sont liés à sa part de subjectivisme. Celui-ci ne se réfère pas à une subjectivité d'action, c'est-à-dire, comme dans la tradition weberienne par exemple, à la manière dont le contexte social informe l'interprétation des individus et est à son tour informé par elle (Weber 1971). Le subjectivisme associé à l'individualité admet que chacun est capable en probabilité d'un point de vue particulier et inaliénable sur le monde. Ce principe bute immédiatement sur une aporie : comment, en vertu de points de vue aussi idiosyncrasiques, décider d'une vision commune des faits et de l'existence, d'une part, sans que cette vision ne tienne lieu immédiatement d'arbitraire, d'autre part ?

Cette problématique d'action atteint un point culminant lorsqu'il s'agit de débattre de l'individu lui-même, et notamment du sentiment qu'il éprouve à son propre égard. Qui peut, mieux que le sujet, dire en conscience s'il se sent affecté, par quoi et pourquoi ? Dans le cadre de ce subjectivisme, l'individu est naturellement le premier, sinon le seul, capable d'un diagnostic sur lui-même et sur ses états de pensée. À ce titre, cette doctrine conçoit mal qu'un tiers puisse s'arroger ce droit, et revendiquer une expertise dans ce domaine, à l'instar de la clinique psychiatrique.

C'est pourquoi les tensions et les débats qui ont émaillé l'histoire de la discipline, entre 1960 et 1980 aux États-Unis, revêtent ici une importance si particulière. Ces évènements ont contribué à placer la psychiatrie au centre du changement social pour deux raisons. D'abord, ils ont contribué à remettre en cause la forme institutionnelle qui prévalait jusqu'alors : l'asile. À cette occasion, ce n'est pas seulement le principe de l'enfermement qui a été remis en cause, c'est plus largement le statut social du « fou » et

de la « folie » qui a changé de nature (Grob 1994). C'est pourquoi, ensuite, à force de conflits et de négociations, la psychiatrie américaine a participé à *l'institutionnalisation d'une nouvelle carte du normal et du pathologique*, sous la bannière de la santé mentale, et est devenue le berceau de la réforme nosographique qui allait par la suite se répandre dans l'ensemble des pays occidentaux (Le Moigne 2010a). À ce titre, elle a contribué à la diffusion de nouvelles définitions de la santé et, au-delà, elle a favorisé l'essor d'un nouveau format de règles à travers la standardisation de la nosographie.

Le standard, qui a fourni le support à la production et à la propagation de cette nouvelle représentation de la santé, est le fameux DSM-III, publié en 1980. Ce manuel liste les critères diagnostiques des différents troubles mentaux et, comme un arbre décisionnel, doit permettre d'établir si un individu est affecté ou non par l'un d'eux. Il s'agit donc d'un répertoire normalisé des désordres mentaux dont la construction et l'emploi s'avèrent pour le moins formalisés et impersonnels. Dans un contexte de plus en plus ouvert à l'expression et à la singularité des individus, l'écho retentissant reçu par un manuel régi par l'objectivation la plus formelle du trouble mental a donc de quoi surprendre.

Pour tenter de saisir les ressorts de cet apparent paradoxe, le croisement de deux séries d'informations peut s'avérer utile. D'abord, s'agissant des données de contexte, on peut s'appuyer sur les études qui ont cherché à décrire la configuration historique dans laquelle s'est trouvée placée la psychiatrie américaine entre 1960 et 1980. À ces éléments de cadrage, on peut associer en contrepoint une brève analyse de contenu de l'instrumentation psychiatrique qui s'est développée à la fin de cette période : ici, la lecture de l'architecture du DSM-III et de son organisation en cinq axes s'avère pour le moins utile (Le Moigne 2010a). Commençons par indiquer à grands traits quels sont ces effets de contexte, avant d'aborder par quelques exemples saillants l'alliage de sens que le DSM-III a cherché à diffuser.

I.1.1. *La psychiatrie face aux psychologies du sujet*

Les tensions qui ont affecté la psychiatrie américaine au cours des années 1960 et 1970 sont parfois rapportées à une opposition théorique entre biologie et psychanalyse (Shorter 1997), le cas échéant, à la rivalité des professions psychiatriques et psychologiques (Buchanan 2003). Une autre voie d'explication consiste à resituer ces tensions au cœur d'un débat social plus large. Car, en effet, si la psychiatrie figure alors au centre des débats, ce n'est pas tout à fait par hasard : son diagnostic enferme une désignation du pathologique et par extension de la normalité qui finit par acquérir, dans le contexte américain des années 1960, l'aspect d'une dimension et d'un enjeu génériques. Plus exactement, cette période est marquée par la montée en puissance d'une psychologie du sujet, tout à la fois académique et profane, qui en appelle à une trans-

formation de la société pour large part adossée aux principes d'une nouvelle caractérisation du *pathos* et de la normalité psychiques (Le Moigne 2014).

Cette caractérisation n'est pas nouvelle : de fait, la psychologie du sujet qui diffuse au cours des années 1960 a une longue histoire derrière elle. Comme le démontrent de la manière la plus convaincante les travaux d'Eugene Taylor, c'est à William James – le fondateur de la psychologie américaine – qu'on doit l'une des premières formalisations de cette *Self Psychology* à la fin du XIX^e^ siècle (Taylor 1992 et 1996 ; Le Moigne 2014). Dans la continuité de la pensée jamesienne, cette philosophie du sujet a informé la psychologie américaine de la personnalité durant l'entre-deux-guerres, à travers les figures de Goldon Allport et de Henry Murray. Elle connaît son apogée à travers l'écho reçu par le courant humaniste de l'après-guerre, sous la bannière des psychologies de la personne et du développement défendues par Carl Rogers et Abraham Maslow (Taylor 1991). Mais, cette psychologie essaime, dans les années 1960 et 1970, bien au-delà des cercles académiques. Elle aiguille une large part des revendications du mouvement des ex-patients, des libertés individuelles et des droits civiques, et favorise le mouvement de désinstitutionnalisation et de lutte contre le stigmate psychiatrique.

Aussi, pour saisir la dynamique de ce mouvement de fond, convient-il d'abord de comprendre à quelles exigences se rallie cette psychologie du sujet, qu'elle soit universitaire, professionnelle ou militante. Quels en sont les principes, si tant est qu'on puisse dégager l'unité de cette psychologie au-delà de sa diversité d'approches et de manifestations ? Surtout, à quelles problématiques d'action cette psychologie du sujet confronte-elle la psychiatrie ? Et comment celle-ci parvient-elle à composer avec cette orientation ?

Pour la psychologie du sujet, l'autonomie de l'individu est imprescriptible et produite en conscience. Cette perspective associe ainsi de manière immédiate l'action personnelle et la définition de soi à une activité autodéterminée, d'une part, mentale et intérieure, d'autre part : à ce titre, santé mentale et émancipation individuelle vont ici de pair. Toutefois, cette psychologie ne méconnaît pas la psychopathologie : pour elle, l'affection mentale porte atteinte au libre arbitre et à la détermination individuelle, et incarne en cela le démenti des principes qui lui sont les plus chers.

Mais, en vertu du caractère imprescriptible de la conscience personnelle, il reste pour cette pensée que l'affection mentale ne saurait totalement annihiler l'expression individuelle. C'est pourquoi ce subjectivisme porte condamnation du diagnostic psychiatrique lorsque cette désignation réduit le patient à un être aberrant, qu'elle prononce sa mise à l'écart dans l'asile ou, comme ce sera de plus en plus le cas à partir des années 1960, lorsque cette désignation aligne son donné sur celui de la biomédecine et de son arrière-plan physiologique. Selon cette philosophie, la maladie mentale, conçue à partir d'une

étiologie biologique ou inconsciente, c'est-à-dire comme un phénomène agissant à l'insu de l'individu, n'existe pas. Le pathos, construit ici à distance de la psychobiologie comme de la psychanalyse, est toujours relatif : le trouble mental n'a de sens que rapporté aux particularités du psychisme de chaque individu et, comme état « subconscient » ou « co-conscient », il demeure toujours accessible en probabilité à la conscience de celui qu'il affecte[5].

Les conséquences de la pathologie mentale étant relativisées, les troubles psychiques accèdent de la sorte à une certaine normalité (Le Moigne 2005). Pour autant, si la juridiction de la normalité est ainsi appelée à connaître une large extension, elle est elle-même relativisée. Pourquoi ? Parce que, dans le contexte de cette philosophie du sujet, la normalité s'apprécie également au regard de l'expression individuelle. Ainsi, qu'une expression mentale soit fonctionnelle, convenable ou adaptée, en un mot, « normale », ne suffit pas à faire d'elle l'élément probatoire d'un développement personnel abouti : pour que cette expression soit jugée saine et authentique, faut-il encore qu'elle puisse être associée à des actions et des pensées imputables en propre à la personne considérée. L' « épanouissement personnel », la « réalisation de soi », la libération d'un « potentiel intérieur » sont perçus ici comme la condition d'une individualité achevée et, par extension, d'une santé mentale pleine et entière[6]. À l'inverse, l'incomplétude de soi ou l'insuffisance d'estime pour soi est assimilée à un motif de détresse, le cas échant, à une morbidité à part entière, requérant une prise en charge psychothérapeutique, voire médicale[7].

De ce double processus de recomposition du pathologique et de la normalité se déduit un programme pour le moins contradictoire. Dans le premier cas, l'incapacité de l'aliéné étant relativisée, l'affection mentale perd une partie de son caractère aberrant, au risque de réduire de manière drastique son traitement. Dans le second cas, l'appel à une prise en charge du développement personnel tend au contraire à conférer au désordre psychique, sous l'égide de l'incomplétude de soi, le statut d'un déficit particulièrement partagé.

5. C'est là un argument constant de cette personnologie depuis James jusqu'à Rogers. Voir, entre autres (Rogers 1961).
6. L'idée du « potentiel intérieur » structure au départ la psychologie anglo-américaine du génie et des états mentaux dits « exceptionnels ». Après-guerre, cette idée débouche sur une thèse qui tend plus généralement à faire de « l'accès à la plénitude de soi » le centre même de la motivation humaine, comme dans la théorie de la personnalité d'Abraham Maslow (Maslow 1954).
7. C'est à Marie Jahoda qu'on doit, en 1958, la première synthèse des travaux dédiés au lien introduit ici entre accomplissement de soi et santé (Jahoda 1999). Cette relation se situe au cœur du champ d'études dédié depuis en psychiatrie à la « santé mentale positive ».

Deux implications se déduisent de cette contradiction :

1) d'abord, une part de l'argument va au bénéfice d'une réduction de l'offre, institutionnelle notamment, tandis que l'autre part de l'argument invite, au titre d'un soutien inconditionnel à la réalisation de soi, à une expansion sans limites de la prise en charge, sans pour autant dire clairement si son expertise doit être confiée aux psychiatres, aux psychologues ou encore à des groupes d'auto-assistance ;

2) ensuite, la psychologie du sujet ouvre la voie à une forme de confusion entre pathologie mentale et affliction, si bien que le désordre mental paraît être partout et nulle part à la fois, et devient finalement inqualifiable. Cette indécision est au cœur du processus qui, plus ou moins paradoxalement, a favorisé le déclin de la clinique psychiatrique, avant d'appuyer le retour d'autorité de la discipline dans le domaine du diagnostic.

I.1.2. *La santé au risque de la maladie : les deux visages de la désinstitutionnalisation*

En 1963, le Congrès américain vote la loi dite de « désinstitutionnalisation » (Grob 1995 ; Menninger et Nemiah 2000). Celle-ci prévoit de mettre fin à la construction des asiles, et de limiter la vocation des hôpitaux psychiatriques gérés par l'administration centrale à la prise en charge des maladies chroniques. La création des *Community Mental Health Centers* (CMHC), placés sous la responsabilité des États, cherche en contrepoint à encourager l'accueil en milieu ouvert, et à promouvoir l'intégration sociale des patients. Les effets de la législation sont considérables : entre 1955 et 1988, le nombre de malades accueillis par les hôpitaux psychiatriques chute de près de 80 %, tandis que le volume annuel d'actes est multiplié par cinq (Grob 1994). Cette évolution contrastée témoigne de la croissance de l'hospitalisation en secteur privé et de l'essor des dispositifs locaux. Autrement dit, pour l'essentiel, le développement de la prise en charge, et des structures communautaires en particulier, a surtout bénéficié aux pathologies légères. Mais, pour la grande majorité des patients psychotiques sans ressources, la désinstitutionnalisation s'est soldée par une privation de soin. L'engorgement chronique des hôpitaux publics et l'invention des médicaments psychotropes ont œuvré pour beaucoup à la réduction de la politique asilaire. Mais, celle-ci fait également écho aux revendications des ex-patients et du mouvement des droits civiques, associées à l'antipsychiatrie des années 1960.

Pour les plus radicaux de ces mouvements, à l'instar du *Consumer-Survivor Movement*, la maladie mentale n'existe pas, si bien qu'ils refusent les thérapeutiques pharmaceutiques et contestent la légitimité de la profession psychiatrique. Cette partie du mouvement a opté pour la promotion d'un soin alternatif, organisé à l'extérieur du système médical, et sa mobilisation s'est finalement essoufflée au début des années 1990,

faute de moyens. À l'inverse, certaines organisations ont pu conduire une critique aussi radicale de la psychiatrie mais au nom de la maladie mentale. Pour en comprendre le principe, il faut revenir au contexte d'après-guerre et à la nouvelle légitimité qu'il a offerte aux approches environnementales de l'affection psychique. La multiplication alors, selon l'expression de Kardiner (1941), des « psychonévroses de combat » chez les soldats a paru corroborer les thèses développées, dans le cadre de l'hygiène mentale, à l'occasion de la crise de 1929. Selon cette vision, tout individu, confronté à des événements de vie intenses, peut développer en probabilité une affection mentale (Pols 2001). La perspective oblige à concevoir le trouble psychique dans les termes d'une *vulnérabilité partagée*. Elle laisse profiler une large extension de la politique sanitaire, d'autant que certains des mouvements des années 1960 plaident, dans la lignée de l'hygiène mentale, pour l'introduction sur ce terrain d'une action prophylactique. La perspective affirme la nécessité de traiter les sujets « sains » par prévention des traumatismes qu'ils sont susceptibles de subir au contact de la vie sociale. En ce sens, le mouvement considère que l'enfermement asilaire offre aux patients une protection artificielle contre les conditions de vie qui sont à l'origine de leur trouble, et s'affirme favorable à une politique de soin en « situation ».

Ces revendications, qu'elles s'appliquent à la défense des patients ou à la prévention de la pathologie, sont favorables dans leur ensemble à la désinstitutionnalisation. Toutefois, dans le premier cas, le droit du patient à « l'autonomie » appelle un rejet explicite du trouble et de sa médicalisation, au risque de réduire la prise en charge à sa part congrue. Dans l'autre, la maladie paraît au contraire servir de levier à la reconnaissance et à la protection de l'individu contre les agressions de la vie sociale, au risque de déboucher sur une politique particulièrement inflationniste[8].

Ce nouveau contexte élargit le spectre de la plainte au domaine du mal-être, mais elle en complexifie la réception et l'éligibilité dans la mesure où son diagnostic ne peut plus être confié au seul regard du thérapeute. En effet, la question dite de la « souffrance personnelle » appelle au premier chef le diagnostic de l'individu. C'est lui qui est censé en juger au premier chef. Cet horizon n'est pas sans affecter directement l'autorité de la

8. En 1980, le NIMH a conduit une étude épidémiologique auprès de 20 000 résidents américains (Robins et Regier, 1990). D'après cette recherche, la plus importante jamais menée, 32 % des personnes interrogées auraient souffert d'un trouble mental au cours de leur vie, et 20 % l'année précédant l'enquête. Ces chiffres sont tributaires des extensions portées au cours des années 1970 à la nomenclature des désordres mentaux. Mais, ces données font également écho aux transformations qui affectent les manières d'éprouver et d'exprimer le mécontentement ou l'échec. On peut supposer en effet que la diffusion de la plainte psychique s'alimente au fait de reconnaître aujourd'hui l'insatisfaction et l'injustice d'abord à l'impact qu'elles exercent sur la vitalité, mentale ou psychomotrice, de l'individu. Pour autant, la question reste posée de savoir dans quelle mesure ce type de plaintes suffit à qualifier un trouble mental.

psychiatrie et de sa clinique. Plus encore, dans un contexte de « sujets », il laisse totalement ouverte la question de savoir qui peut, avec un minimum de consensus, définir les contours de la pathologie et de la santé mentales.

I.1.3. *Une pathologie inqualifiable : apogée et déclin de la clinique psychiatrique*

Après la seconde guerre mondiale, l'écho rencontré par le thème de la santé mentale marque une exigence nouvelle de soin qui tend à placer assez rapidement, aux États-Unis, la psychothérapie au cœur de l'intervention psychiatrique (Buchanan 2003). Ainsi, l'essentiel des fonds du *National Institute of Mental Health* (NIMH), créé en 1946, est dédié jusqu'au milieu des années 1960 à la formation de nouveaux praticiens[9]. Cette politique promeut un enseignement qui finit, au-delà du doctorat en médecine qui reste exigé, par signer la domination de la psychanalyse[10]. La santé psychique fait alors partie intégrante du soin, y compris et d'abord dans l'hôpital général : c'est l'apogée de la clinique psychiatrique. Mais, cet essor a son revers.

En effet, dans le même temps, la critique de l'institution psychiatrique, attisée par la sociologie au détour des années 1960, exerce un effet dévastateur sur la profession, d'autant qu'elle est issue pour large part de ses rangs. Les débats qui agitent alors la discipline sont marqués, pour l'essentiel, par la question de *la caractérisation de l'affection mentale*. D'un côté, des thèses dénient aux désordres psychiques le statut de maladie, et préfèrent les considérer – dans une veine héritée du mouvement humaniste – sous l'angle d'une atteinte au développement personnel. Certaines de ces perspectives s'accordent à penser que l'origine du dysfonctionnement est sociale, et s'emploient sur ce fond à dénoncer, comme chez Horney (1950) ou Laing (1965), le rôle pathogène des institutions et de l'économie de marché[11]. D'autres thèses refusent, au contraire, d'attribuer aux troubles du développement le statut d'affection. Contre la psychanalyse, certains cliniciens considèrent, à l'instar du psychométricien Eysenck, que la plupart des névroses relèvent d'une « pathologie de l'existence », c'est-à-dire d'une conduite normale

9. À la fin de la guerre, on compte 3 634 psychiatres aux États-Unis. Ce chiffre ne va cesser de croître. En 1962, on dénombre un peu plus 13 000 praticiens, 18 000 en 1965, 25 000 en 1970 et près de 31 000 en 1985. À partir de cette date, les effectifs de la profession cessent d'augmenter, si bien que la psychiatrie doit faire face aujourd'hui à une crise de recrutement (Blashfield 1984).
10. Entre 1940 et 1965, près de 50 % du cursus des psychiatres est consacré à la psychanalyse. La cure analytique permet également à la profession de s'ouvrir durant cette période à la pratique libérale. Dans les années 1940, la majorité des cliniciens appartient au milieu hospitalier ; en 1970, 66 % d'entre eux exercent à titre privé (Shorter 1997).
11. Pour le cas anglais, se reporter à (Crossley 1998).

qui n'a pas à être traitée par la profession. Cette perspective, souvent acquise à l'étiologie biologique des troubles mentaux, conteste l'excès d'intervention de la discipline dans la vie sociale. Mais, elle peut également se déduire d'une opposition globale à l'existence de la maladie mentale, à l'instar de l'argument développé par Szasz (1964), pour qui la caractérisation pathologique des comportements représente une manière d'amender l'individu et de le soustraire à ses obligations. Bref, on n'a pas affaire seulement à la dénonciation d'une médicalisation arbitraire de la vie individuelle mais également, et à l'inverse, à la critique d'une légitimation excessive du mal-être.

Ces débats permettaient-ils de statuer sur la qualité de l'affection mentale et d'imposer dans ce domaine une définition consensuelle ? Fallait-il ici donner priorité au sentiment du patient, ou s'en remettre au jugement d'un expert ? Et de quel expert en particulier ? Cette dernière question a été pour partie arbitrée par l'introduction, à la même époque, des dispositifs communautaires de soin. En misant sur le recrutement massif de psychologues et de travailleurs sociaux, ces dispositifs ont concouru à la démédicalisation de la prise en charge et, par suite, au recul de l'autorité psychiatrique[12].

Mais, dans le même temps, avec le développement des thérapeutiques, et des médicaments psychotropes en particulier, la psychiatrie finit par bénéficier d'un accès à la recherche biomédicale, à la croisée de la biologie du cerveau et de la psychopharmacologie. La multiplication des actes lui permet alors d'affirmer une position d'expertise. En effet, devant la diffusion des attentes de prise en charge, la profession a dû très tôt tenter de garantir, aux patients comme aux praticiens, le remboursement des soins et de la prestation thérapeutique (Le Moigne 2008). Or, la politique publique qui cherche, à partir de la fin des années 1960, à encadrer l'explosion de la demande sanitaire est acquise à une logique proprement biomédicale. Cette orientation a offert un appui considérable aux prétentions monopolistiques de la psychiatrie dans le domaine du diagnostic.

On peut ainsi observer toute la contradiction que la diffusion de la psychologie du sujet a fait peser non seulement sur la pensée mais également sur la pratique psychiatrique. Cette philosophie bute sur deux antagonismes : d'une part, elle est porteuse contradictoirement d'une restriction de soin et à la fois d'une demande thérapeutique

12. En 1950, les psychiatres représentaient environ 25 % des professionnels de santé mentale, les infirmières formant plus de 50 % des effectifs. Avec la diffusion du traitement ambulatoire, les psychologues et les travailleurs sociaux occupent aujourd'hui une position majoritaire. En 1959, on dénombrait 3 000 psychologues aux États-Unis ; ils seraient aujourd'hui plus de 200 000, dont environ 40 000 officieraient en clinique (Capshew 1999). Les travailleurs sociaux exerçant dans le domaine de la santé mentale étaient au nombre de 2 000 en 1945. En 1985, ils étaient plus de 80 000 (Shorter 1997).

sans précédent ; d'autre part, elle contribue à faire de la santé mentale une notion de sens commun et la rend à la fois proprement indéfinissable. Ainsi donc, l'essor de la psychologie du sujet contribue à mêler, au point de les confondre, les questions de *la désignation* du trouble mental à celles relatives à *la régulation* du soin prodigué dans ce domaine. Ici, la catégorisation des désordres implique directement celle des qualifications requises pour leur traitement, et la définition même de ce traitement[13]. Dans un premier temps, cette équation a contribué, entre 1950 et 1980, à la forte croissance de l'activité thérapeutique mais, pour l'essentiel, hors et contre le soin psychiatrique. Ce n'est qu'à la faveur de la conception du standard nosographique qui s'est imposé depuis comme la référence mondiale – le DSM-III – que la psychiatrie a pu au détour des années 1980 reconquérir son influence.

Ce retour d'autorité peut être expliqué par le rôle de négociation et de conciliation que la discipline a joué à cette occasion. En effet, la fabrication du standard a permis de composer un lieu propice à la résolution des conflits suscités par la désignation du trouble mental. À ce titre, elle a contribué à l'institutionnalisation d'un nouveau cadre de référence et d'action, capable d'aiguiller et de fédérer à la fois l'orientation politique de l'*American Psychiatric Association* (APA) et les stratégies des représentants des minorités et des associations de patients. De quelle manière ? Comme on va le voir, le standard psychiatrique a offert le moyen de séparer les troubles mentaux comme la santé mentale de toute référence à la normalité sociale. Ainsi, la psychiatrie a pu revendiquer le monopole de l'expertise diagnostique tout en offrant un débouché aux revendications exprimées par les mouvements de défense de l'individu.

I.2. L'ordre négocié du DSM-III

Les catégories du DSM-III se veulent à la fois impersonnelles et généralisables, et se réclament à cet égard de l'universalisme bureaucratique. Par son orientation scientifique, le manuel revendique en outre un jugement indépendant et neutre, et s'estime capable de résoudre par la preuve les tensions nourries par la discrimination du trouble mental. Naturellement, cette prétention est excessive. Aucune classification ne peut être naturelle, c'est-à-dire valoir pour réelle (Bowker et Star 1999). Tout classement repose sur une architecture, c'est-à-dire sur une hypothèse interprétative ou, à tout le moins, sur une anticipation de la réalité. Lorsque celle-ci est suffisamment explicite, elle peut être confrontée aux faits et, éventuellement, reconnue comme vraisemblable. Dans le cas du

13. C'est pourquoi, dans ce contexte, toute définition des troubles mentaux parvenant à faire admettre son objectivité s'avère immédiatement régulatrice. Pour une analyse des phénomènes associés à cette objectivité « régulatrice » ou « régulatoire » en biomédecine, se reporter à (Cambrosio *et al.* 2009).

DSM-III, ces éléments d'architecture ne sont pas articulés par une interprétation de la pathologie, le manuel revendiquant son athéorisme, du moins, formellement. Pour autant, la nomenclature s'informe bel et bien à une structure logique. Celle-ci, bien qu'elle ne soit pas rendue explicite par le répertoire, introduit une série de distinctions nouvelles (Le Moigne 2010a). Pour en comprendre le sens, il est utile d'évoquer au préalable l'un des conflits que la confection du standard a suscité et permis de régler à la fois. On veut parler du déclassement de l'homosexualité, particulièrement exemplaire de la restructuration du paradigme psychiatrique.

Les tensions qui ont émaillé la rédaction du DSM-III ont été ici d'autant plus aiguës que ses concepteurs se sont ralliés à une discrimination catégorialiste de l'affection mentale. À la différence du dimensionnalisme – de facture psychologique – qui admet que la psychopathologie est diffuse dans l'ensemble de la population à des degrés divers, le catégorialisme considère que les troubles psychiques enferment, en tant qu'entités discrètes, des traits qui ne sont partagés que par certains individus. Dans ce cadre, l'enjeu présenté par le diagnostic psychiatrique est triple : il se rapporte à la question de savoir si les traits recensés marquent bien une expression atypique et circonscrite à un ensemble ou à une sous-population d'individus, d'une part, si cette spécificité se signale par une gêne ou une déficience, d'autre part, enfin, si elle témoigne bien d'une affection psychique.

Le conflit engagé entre l'*American Psychiatric Association* (APA) et les représentants des mouvements gays, au début des années 1970, met en lumière la manière avec laquelle cet enjeu est susceptible d'être négocié. Dans le DSM-II, publié en 1968, l'homosexualité est assimilée à une orientation sexuelle perturbée, et est classée à ce titre parmi les pathologies mentales. Lors du congrès de l'APA en 1970, les membres de l'Association des psychiatres gays contestent ce classement en faisant valoir que l'homosexualité représente une variante normale de la sexualité. Les psychanalystes, qui sont encore majoritaires au sein de l'APA, s'opposent à cette issue. En vue de sortir de la crise, Robert Spitzer, rédacteur en chef du manuel, imagine la proposition suivante : reprenant à son compte l'argument des représentants du mouvement gay, il fait remarquer que les données scientifiques ne permettent pas de rapporter le comportement homosexuel à un dysfonctionnement biologique. S'appuyant là encore sur l'expérience des membres du mouvement gay, il fait également valoir que la condition homosexuelle ne constitue pas un obstacle au bien-être, bien qu'elle puisse être vécue le cas échéant dans la douleur (Bayer 1981). Spitzer entend de la sorte plaider pour le déclassement de l'homosexualité, tout en retenant la possibilité qu'elle puisse représenter un motif de souffrance. Il propose de créer un nouveau diagnostic, sous le terme d'homosexualité ego-dystonique, et de réserver son application aux sujets qui vivent mal leur identité ou

leur « orientation sexuelle ». La proposition est votée à l'unanimité par le Conseil d'administration de l'APA en 1973[14].

Le règlement du conflit est exemplaire à plusieurs égards :

1) il offre un appui à la légitimation sociale de l'identité homosexuelle, en reconnaissant à travers elle une expression pleine et entière de « l'autonomie individuelle » : en ce sens, la psychiatrie admet qu'elle n'a pas, par son diagnostic, à produire un stigmate qui pourrait ruiner *une prétention légitime au bien-être* ;

2) mais, si le règlement du conflit admet que « l'épanouissement » peut être constitué en critère de santé, il n'indique pas pour autant que son absence suffit à caractériser une pathologie mentale : autrement dit, le mal-être exprime une dissonance ou un défaut d'accomplissement qui ne doit pas être confondu avec *l'incapacité physiologique* à laquelle le manuel entend bien, en dépit de l'athéorisme affiché, rapporter l'affection mentale. Ce modus vivendi ne témoigne pas seulement de la possibilité d'une alliance ponctuelle entre orientations physiologistes et subjectivistes : il gouverne l'architecture du DSM-III dans son ensemble. Bâti à partir de ce jeu de contraintes, le manuel porte la marque d'un *ordre négocié*, de la même manière qu'il concourt, par sa diffusion, à l'institutionnalisation de cet ordre.

Dans la première partie de l'ouvrage, on verra comment la négociation de cet ordre, à la lumière des arbitrages convenus en particulier entre psychiatrie et psychologie, a permis de livrer à la recherche des entités nosographiques susceptibles d'être étudiées, tout en pointant les limites épistémologiques inhérentes à l'organisation du travail instrumental qui en a résulté. Mais, d'un point de vue nosologique, l'effet le plus immédiat de ce travail de composition a été de considérer l'affection mentale dans les termes d'une *incapacité relative*. C'est du moins ce qu'il est possible de déduire de l'axiologie du manuel que j'aborde maintenant.

Avoir à l'esprit cette axiologie est important pour la suite de notre propos. En effet, l'expansion de la mesure du trouble mental perd toute intelligibilité si on ne la relie pas à l'objet que cette évaluation entend mesurer, à partir précisément des définitions qu'elle en donne. Car, en effet, l'évaluation standardisée ne se réduit pas à une métrique : elle procède simultanément d'un travail statistique et d'une caractérisation du trouble mental. C'est une « mesure-en-concept ». On ne peut donc séparer, sinon artificiellement,

14. De la même manière, les mouvements féministes sont parvenus à faire supprimer du manuel les troubles de personnalité dits « défaitistes », inspirés de la lecture psychanalytique du masochisme. La nosographie laissait en effet entendre que la fréquence de ces troubles était plus grande chez les femmes. Pour un aperçu de la régularisation dont les déviations sexuelles ont fait l'objet en psychiatrie, se reporter à (Castel 2000).

l'organisation de l'évaluation, d'une part, de la nosologie qui en alimente le propos, d'autre part. Autrement dit, l'intelligibilité de ces outils requiert d'appréhender à la fois la forme des instruments et leur contenu. À ce titre, l'architecture du DSM-III présente un intérêt immédiat dans la mesure où elle permet d'avoir accès à une vue synthétique de la perspective nosologique retenue par l'évaluation standardisée. Cette présentation offrira par ailleurs un préalable utile à la lecture des différents chapitres de cet ouvrage. Le lecteur saisira sans doute mieux alors l'unité de sens que le livre cherche à dégager, au-delà de la diversité apparente des thèmes et des troubles qui y sont abordés. Quel est donc cet arrière-plan qui permet de tenir ensemble la caractérisation de la dépression, des troubles obsessionnels compulsifs, de la maladie d'Alzheimer ou encore de la toxicomanie, abordés dans les différents chapitres de ce livre ?

I.2.1. *Ni sain ni malade : déviance et normalité selon le manuel*

L'architecture du DSM-III – dite multiaxiale – se compose de cinq répertoires dits « indépendants ». Les cotations cumulées de ces répertoires doivent permettre selon Theodore Millon, le créateur du système, de dresser un état général du patient (Millon 1983). Leur visée est la suivante :

1) le premier répertoire fixe *la liste des syndromes* (schizophrénie, troubles affectifs, anxiétés, toxicomanies, etc.), et livre pour chacun d'eux une grille diagnostique. Sous la notion de syndrome, le manuel admet l'idée qu'une affection est constituée lorsqu'un défaut expressif (comportemental, mental ou affectif) peut être mis en correspondance avec un dysfonctionnement physiologique lui-même discret ou, à tout le moins, qu'il en suggère la présence. Naturellement, le terme de « syndrome » ou de « désordre », en lieu et place de celui de « maladie » ou de « pathologie », vise à produire une désignation assez neutre, capable d'ouvrir la psychiatrie à la biomédecine sans pour autant que les notions d'aliénation ou d'aberration ne soient clairement évoquées[15] ;

2) le second des axes a trait aux *troubles de la personnalité*. Ces troubles s'appliquent aux psychopathies ou conduites déviantes, et ne sont pas réputés morbides, au sens médical du terme[16] ;

15. Les premières définitions du trouble mental ébauchées par les rédacteurs du DSM-III n'avaient pas ce caractère tempéré puisque, étant question d'associer ouvertement la psychiatrie à une branche de la médecine, c'est une référence directe à la maladie qui avait d'abord été privilégiée. Mais, sous l'influence de l'*American Psychological Association*, qui diligenta ses émissaires auprès de l'*American Psychiatric Association*, cette orientation fut abandonnée (Millon 1983).

16. Si on exclut « les troubles du développement », tels que l'autisme et l'hyperactivité, qui sont également répertoriés sur cet axe. Le manual ménage ici une part d'ambiguïté puisqu'il comprend sous cette appellation des affections, soit discrètes, soit susceptibles d'apparaître durant l'enfance.

3) le troisième répertoire est consacré aux *affections somatiques*, et vise d'abord un diagnostic différentiel : il a pour objet d'établir si le comportement du patient n'est pas dû en premier lieu à une maladie organique ;

4) le quatrième chapitre de la nomenclature s'applique à recenser *les facteurs environnementaux* qui sont susceptibles d'induire stress et souffrance chez le patient. Son objet est d'évaluer dans quelle mesure le milieu de vie du malade ajoute à son état pathologique ou peut concourir, à l'inverse, à son amélioration ;

5) enfin, le dernier axe consiste en *une mesure de fonctionnement* : il vise à établir le degré de réhabilitation ou d'intégration sociale du patient, au cours du traitement ou à son terme.

Cette axiologie introduit une rupture avec la lecture psychanalytique qui avait étayé la rédaction du DSM-II. Dans celui-ci, le découpage des affections, entre névroses et psychoses, était motivé par un ordre de sévérité, fixé par le degré d'adéquation du patient à la réalité : en ce sens, l'origine comme la signification du trouble étaient toujours rapportées à une situation. Le principe de différenciation qui s'affirme avec le DSM-III reconnaît dans la pathologie le signe d'un déficit objectif de capacité, quel que soit le trouble considéré : à ce titre, le dysfonctionnement dont le désordre mental est le siège peut en probabilité être établi indépendamment des circonstances et des représentations qui l'ont vu naître (Blashfield 1984). Mais, dans le même temps, les concepteurs du manuel admettent que l'économie « endogène » du trouble n'affecte pas l'ensemble de la personne. Autrement dit, à travers l'axe I, la nomenclature reconnaît chez le patient un individu capable d'élaborer ses propres conduites, indépendamment de la maladie. Son autonomie n'est, en probabilité, que partiellement abolie par le trouble. Si donc le désordre mental marque une incapacité, celle-ci n'est que partielle[17].

Par extension, cette perspective admet la pathologie sous les traits d'un préjudice dont le patient n'est pas coupable, mais elle ne dédouane pas pour autant celui-ci de ses responsabilités. L'individu est porteur de sa maladie – il en est l'occasion, mais peut encore répondre de ses actes, à l'instar du toxicomane ou du pédophile. En quoi, l'attribution de pathologie n'a valeur ici ni d'une exonération morale ni d'une altération de l'identité : l'amendement de l'individu demeure partiel, de la même manière que la maladie ne le prive pas totalement de son libre arbitre ou de sa subjectivité.

17. « Une erreur commune est de considérer que la classification des désordres mentaux classe des individus, alors qu'elle classe les désordres dont les individus souffrent. Pour cette raison, le texte du DSM-III évite l'usage des phrases telles que "un schizophrène" ou "un alcoolique", et utilise à leur place des expressions peut-être plus complexes mais moins erronées telles que "un individu avec une schizophrénie" ou un "individu avec une dépendance à l'alcool" » (APA 1980, p. 6).

L'axe II des troubles de la personnalité rend directement compte de cette possibilité. Il dresse la carte des traits jugés communs à l'ensemble des individus. À ce titre, il permet d'établir dans quelle mesure l'idiosyncrasie du patient est conforme ou déviante au regard de la distribution moyenne de chacun de ces traits dans la population. Les déviations recensées ici ne sont donc pas établies par référence à la pathologie mais au regard de la norme sociale : plus exactement, les personnalités pathologiques sont déviantes au regard du comportement que la société est en droit d'attendre, selon le manuel, de l'individu[18]. Ainsi les « personnalités antisociales » ou « dépendantes » peuvent faire l'objet d'une thérapie, motivée par l'attente d'une correction de comportement[19]. Mais, en vertu de l'indépendance des axes, le DSM-III laisse entendre que ces personnalités, bien que déviantes, n'en sont pas moins « saines » au regard des troubles mentaux caractérisés.

Cet axiome permet de considérer à l'inverse que l'individu qui est atteint par un désordre psychique qualifié n'est pas nécessairement déviant, d'où un premier décrochage entre pathologie et transgression. Mais, il y a plus. Dans la mesure où le patient est porteur de sa maladie, il s'ensuit que le contexte social n'est pas censé induire non plus la morbidité mentale. Le DSM-III, sous le terme d'endogénie, fait dépendre ainsi la discrimination des troubles mentaux d'une clause de constitution, d'abord physiologique. Cette clause s'informe à une étiologie qui conçoit la relation sociale dans les termes d'une écologie, c'est-à-dire d'un contexte disjoint de la maladie et, plus avant, de l'individu lui-même (Morgiève et Briffault 2014) : d'où un second décrochage entre l'affection mentale, d'une part, la personne, d'autre part, et la norme sociale, enfin[20].

Toutefois, le manuel reconnaît bien que l'individu peut subir en propre la pression de son milieu de vie, et être victime d'une situation stressante. L'axe IV admet cette possibilité ainsi que la souffrance qui peut l'accompagner. Mais, là encore, cette détresse n'est pas constituée en pathologie[21]. En effet, la distinction, introduite par l'axe IV du DSM-III, entre souffrance et désordre psychique, tient compte du mal-être que génèrent, le cas échéant, les conditions de vie offertes aux malades. Elle fait écho en ce sens aux

18. Le DSM-IV, qui succède au DSM-III puis au DSM-III-R, ne peut être plus explicite : les troubles de la personnalité se réfèrent à un mode de comportement qui « dévie nettement des attentes de la culture à laquelle appartient l'individu » *(*APA 1994, p. 633).

19. Parmi les 14 troubles répertoriés dans ce domaine, la « personnalité antisociale » témoignerait plus particulièrement d'une recherche exclusive de l'intérêt personnel, tandis que la « personnalité dépendante » serait dominée, à l'inverse, par la quête compulsive du soutien d'autrui.

20. [À propos de la notion de syndrome] : « En outre, il y a l'inférence selon laquelle il s'agit d'une dysfonction comportementale, psychologique ou biologique, et que cette perturbation ne réside pas seulement dans la relation de l'individu avec la société. Quand la perturbation est limitée à un conflit entre l'individu et la société, cela peut représenter une déviance sociale, qui peut être ou non condamnée, mais elle ne relève pas en soi d'un trouble mental » (APA 1980, p. 6).

21. Je n'évoque pas ici l'axe III dédié plus spécifiquement au diagnostic somatique du patient.

revendications des mouvements de patients. Mais, selon le manuel, si cette détresse est souvent associée à la maladie, si elle en constitue le corollaire voire le signe avant-coureur, elle ne doit pas être assimilée à l'un de ses symptômes : elle s'y surajoute[22].

C'est la raison pour laquelle, comme on le verra dans la première partie de l'ouvrage, *la caractérisation du syndrome dépressif* a tenu un rôle si central dans la construction de la nomenclature (Ehrenberg 1998 ; Briffault 2010). Son admission, au titre d'entité distincte, supposait en effet qu'il soit possible de distinguer formellement la tristesse pathologique du dépressif de la détresse vécue dans la pathologie mentale ou, plus généralement encore, dans le chagrin (Wakefield et Demazeux 2016). L'entité dépressive permet d'établir la souffrance en symptôme, mais elle désigne à la fois le point d'arrêt de cette conjecture. Hors d'une observation circonstanciée du patient et des signes indiquant la présence d'un épisode franc (humeur perturbée, ralentissement psychomoteur, auto-dévalorisation), la dépression ne peut être qualifiée. La psychiatrie affirme ici son expertise en appliquant une limite à la légitimation diagnostique du mal-être. Mais, elle laisse également entendre que la déprime, que la psychopathologie qualifie de « dépression normale », s'apparente, à la différence de l'affection constituée, à une condition ordinaire, et donc que souffrance et normalité peuvent aller de pair (Le Moigne 2003 ; Briffault 2010).

Cette perspective, à l'instar de la thèse défendue par l'Hygiène mentale, enferme l'aveu d'une fragilité assez commune, sinon d'une vulnérabilité généralisée au sein de la population. Ce principe a alimenté le développement d'une psychiatrie vouée non pas à la maladie mentale, au sens que lui confère le DSM-III, mais à la prise en charge des multiples traumatismes que génère, en probabilité, la vie sociale, depuis le soutien aux accidentés de la route jusqu'à l'accompagnement des victimes de catastrophes naturelles ou de prises d'otages (Fassin et Rechtman 2009). Il y a, dans ce développement, une manière de réduire en pensée les bénéfices qui peuvent être attendus de l'intégration sociale : la conformité ne protège pas en probabilité du mal-être, ni même du trouble mental puisque le contexte social n'a pas prise sur celui-ci[23]. Si on ajoute à cela que les

22. « Dans le DSM-III, chacun des désordres mentaux est conceptualisé comme un schéma ou un syndrome comportemental ou psychologique, significatif d'un point de vue clinique, qui apparaît chez l'individu et qui est typiquement associé avec un symptôme de douleur (détresse) ou un dérèglement d'une ou plusieurs aires du fonctionnement (incapacité) » (APA 1980, p. 6).

23. La distinction introduite ici entre facteurs morbides et sociaux traduit le déclin de la psychiatrie sociale et de l'hypothèse réactionnelle (Schulman et Hammer 1988). En effet, au cours des années 1970, la psychopathologie a cessé d'attribuer un rôle causal aux événements de vie, ceux-ci étant dès lors considérés comme des facteurs précipitants, étrangers au processus morbide. Le PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*) a pu incarner, au moins pendant un temps, l'exception à cette règle. Le syndrome a été intégré au DSM sous la pression de l'administration des vétérans qui cherchait à obtenir de l'État une pension pour les

troubles de la personnalité, associés aux comportements de déviance, ne désignent pas un syndrome psychiatrique, on parvient au constat suivant : rapportée à la désignation de la pathologie, la normalité comprend la possibilité de la pleine autonomie mais également celle de la déviance et de la souffrance, et décrit à bien des égards la part sombre de la condition individuelle. L'évolution du statut clinique du toxicomane est ici tout à fait significative : comme le montre le plus clairement le chapitre du livre consacré au dépistage des consommations de drogue au travail, celui-ci n'est plus ce sujet victime de sa vulnérabilité mais bien l'agent de sa propre dépendance.

C'est là le revers de la capacité conférée aux personnes, et de l'éthique de performance et de responsabilité qui en bâtit le principe : « l'individu sain », dépourvu d'incapacités, jouit pleinement de l'exercice de son autorité, mais ne connaît qu'une exonération relative, à moins que sa souffrance puisse être pleinement imputée à un facteur externe. Ses faiblesses et ses fautes, à la différence de la perspective ouverte en son temps par la psychopathologie freudienne, ne fondent pas l'objet de la thérapie, pas plus que la catharsis n'en constitue l'horizon. Comme le souligne, l'expression plébiscitée par la psychiatrie contemporaine, la thérapie, au sens où l'entend le DSM-III (c'est-à-dire essentiellement les médicaments psychotropes et quelques formes de psychothérapies) vise d'abord « une amélioration » (Le Moigne 2016)[24]. Dans ce contexte, la valeur du soin est d'abord réparatrice ou restauratrice : elle s'applique à la correction d'un dysfonctionnement neurologique, comportemental ou cognitif. En dehors de ce rétablissement de capacité, l'amélioration ne prétend pas produire de plus-value. Néanmoins, le manuel reconnaît à travers l'axe V, une définition plus positive de la santé. Laquelle ?

L'axe V évalue le degré d'intégration ou de réhabilitation du patient au cours de la thérapie, ou à sa suite. Il retient, au titre de *fonctionnement déficient*, la dangerosité du patient, pour lui-même ou autrui. La déviance est donc mise ici au premier plan. Au titre d'un *fonctionnement moyen*, c'est-à-dire partiellement altéré, l'outil fait référence aux situations où les symptômes du patient nuisent à sa communication avec autrui. C'est donc ici l'impact de la pathologie qui est établi en mesure de la performance individuelle. Enfin, au titre d'un *fonctionnement acceptable* ou satisfaisant, l'échelle retient entre autres l'absence de symptômes, l'intérêt du patient pour le travail et les

anciens combattants du Vietnam. Le PTSD fut d'abord conçu comme « une réaction normale à une situation anormale ». Mais, depuis 1994, il s'applique à la part des personnes qui aurait tendance à développer une réponse pathologique aux événements, quels qu'ils soient, de sorte que c'est moins la situation que le mode de réaction de l'individu qui est dès lors jugé discriminant. À ce sujet, voir (Young 1995).

24. Le DSM-III reconnaît essentiellement les thérapies dites « cognitivo-comportementales », au détriment de la psychanalyse qui avait massivement structuré la rédaction de la seconde version du manuel en 1968. À ce sujet, voir (Champion 2008).

loisirs, et le constat d'une sociabilité riche et pérenne. Ainsi, le fonctionnement est dit normal lorsqu'il répond aux caractéristiques d'un état asymptomatique *et* d'une conduite intégrée.

La notion de fonctionnement introduit donc une certaine correspondance entre intégration sociale et accomplissement personnel. Cette conjonction vise à signifier que l'amélioration thérapeutique est susceptible de bénéficier à la vie sociale du patient, de la même manière, qu'une réhabilitation bien conduite peut encourager la rémission du malade et induire chez celui-ci un « mieux-être ». Cette conjonction énonce un principe hiérarchique : elle laisse entendre que l'accomplissement personnel présuppose l'intégration. C'est pourquoi la déviance est jugée, plus encore que la pathologie, contraire au bien-être. Mais, la gradation admise ici s'applique également à l'amélioration thérapeutique. Si la rémission du malade œuvre à son intégration, elle ne suffit pas au bien-être du patient. Une telle organisation de sens n'est possible que si on admet, sous le bien-être, une entité à la fois séparée et supérieure. Alors, il devient possible de distinguer la rémission de l'épanouissement, mais également le soin médical d'une toute autre vision de la santé et de l'amélioration sanitaire (Le Moigne 2016).

Cette possibilité se reconnaît à la disjonction opérée par la discipline entre « amélioration » et « santé mentale », ou « santé mentale » et « santé mentale positive ». Ainsi, selon l'axe V du DSM-III, le fonctionnement individuel est jugé convenable lorsque le sujet, libéré de ses symptômes, est impliqué dans la vie sociale et est satisfait de cette implication. Mais, que ce fonctionnement soit normal n'implique pas qu'il soit optimal. La normalité, celle des états acceptables, n'est pas ici le signe d'une santé parfaitement accomplie, mais plutôt d'un bien-être minimal. À cet égard, l'échelle de l'axe V, qui comprenait initialement un gradient de 0 à 100, a été réduite à une cotation de 0 à 90 lors de la parution du DSM-IV en 1990. L'intervalle supérieur de l'échelle a été supprimé dans la mesure où il a paru destiné à la cotation de sujets démontrant un fonctionnement particulièrement performant, ou si on veut, « suroptimal ».

Autrement dit, selon le manuel, l'optimisation du potentiel individuel est, au regard de la vocation du soin psychiatrique, hors de propos bien qu'elle ne puisse être tout à fait ignorée par la discipline. Dans une perspective proprement médicale, la psychiatrie entend permettre au patient de retrouver une condition suffisante, compatible avec ses idéaux et ses capacités. Passé ce seuil, elle ne le reconnaît plus en tant que sujet justiciable d'un soin. Mais, dans une perspective psychologique, celui-ci reste accessible à la psychothérapie et aux techniques dédiées précisément au traitement de la souffrance et au développement personnel.

Le thème du bien-être marque ainsi, plus globalement, la nécessité pour la clinique de tenir compte de la « singularité de l'individu », sinon de veiller à son « épanouissement ».

Une fois associée au soin, cette perspective dessine les contours d'un exercice capable d'agréger l'amélioration et le développement, une philosophie réparatrice et instauratrice de la santé, la médication et la psychothérapie, les approches biologiques et psychologiques du trouble mental, et de réunir, en dépit de rivalités structurelles, l'ensemble des professions mobilisées sous la bannière de la « santé mentale ».

I.2.2. *Maladies revendiquées, qualité de vie et bien-être : la généralisation du modèle*

Le DSM-III a contribué à l'introduction de définitions opérationnelles qui, depuis lors, régissent aux États-Unis un nombre exceptionnel d'actions dans des secteurs aussi variés que l'actuariat, l'expertise judiciaire ou encore l'examen de la gestion hospitalière. Par quoi, la contribution du manuel, depuis sa mise au point jusqu'à sa diffusion, a été décisive dans le mouvement d'imposition de la santé mentale comme cadre général d'action, tant cognitif que pratique.

Si le manuel s'est imposé, c'est sans doute parce que sa confection a réuni la plupart des instances mobilisées par la désignation formelle des troubles, qu'il s'agisse des sciences biomédicales, de l'administration sanitaire, des professions psychiatriques et psychologiques ou bien encore des représentants des minorités et des mouvements de patients. Ainsi, cette entreprise a été d'emblée projetée au cœur des tensions qui ont entouré la qualification de l'affection mentale. Mais, cette situation a permis en retour aux artisans du standard de revendiquer une position d'interface, et d'ouvrir par suite une scène sociale propice à l'ajustement des rivalités présentes. À ce titre, le manuel a participé à l'institutionnalisation d'une nouvelle carte du normal et du pathologique. Cette carte donne à voir un renversement de l'équation traditionnellement introduite entre les deux termes. En effet, l'entrecroisement d'un parti pathologiste et d'un idéal acquis à l'expressivité personnelle a plaidé en faveur d'une régularisation et d'une extension massive des troubles mentaux, si bien que la normalité a été associée sous ce jour à une condition plus banale, elle-même inductrice de souffrances.

Cette perspective a favorisé l'émergence de deux mouvements qui ont signé la généralisation du modèle ainsi institué et qui, par suite, ont accéléré le développement de l'instrumentation psychiatrique en élargissant la couverture des problèmes traités par elle.

D'abord, le cadre logique qui structure le manuel a contribué à modifier le statut social de l'affection mentale et a œuvré, à ce titre, directement à la défense des patients, si bien qu'aujourd'hui des « revendications de maladie » sont devenues possibles, au point de susciter *la prolifération des troubles répertoriés* et des échelles censées les mesurer.

Mais, dans le même temps, les doléances qui ont alimenté ce mouvement ont contribué à diffuser une vision particulièrement individuelle de l'existence et du progrès. À ce titre, elles ont soutenu la légitimité d'une *évaluation subjective de la santé*, sous l'égide de la « qualité de vie » (Le Moigne 2010b, 2014), qu'il s'est alors agi de mesurer tout également, et de manière objective, au même titre que le trouble mental lui-même.

Ainsi globalement, ce mouvement devait contribuer à *décontextualiser toujours un peu plus* les troubles psychiques jusqu'à la santé mentale elle-même, en inscrivant celle-ci sous la bannière du « bien-être individuel », au risque d'en exclure toute dimension sociale.

Ces différents processus peuvent être détaillés comme suit.

1) L'impact des nouvelles désignations de la normalité et de la pathologie se mesure à l'évolution des revendications des mouvements de patients. À partir de 1980, y compris en France, les organisations d'usagers, sous l'égide en particulier des fédérations de familles, ont eu tendance à revendiquer le caractère biologique de la pathologie mentale. Marquées par une orientation consumériste, ces organisations réclament aujourd'hui pour la plupart le remboursement des soins pour les affections répertoriées par la nomenclature psychiatrique. À ce titre, elles admettent l'hypothèse de l'origine endogène de la maladie, et s'opposent le plus souvent à la couverture des problèmes dits de « souffrance psychique » qu'elles jugent trop frustres. Ces associations, regroupées sous l'égide de la *National Alliance for Mental Illness* (NAMI), représentent aujourd'hui le premier bailleur de fonds de la recherche psychiatrique aux États-Unis (Menninger et Nemiah 2000). De manière assez inattendue, au regard de la contestation de l'arbitraire psychiatrique des années 1960, ce processus oblige aujourd'hui la discipline à composer, devant la multiplication des revendications de pathologies, avec une demande croissante de labellisation, au risque d'avoir sans cesse à négocier la définition de ses catégories et de son périmètre d'intervention. C'est ainsi qu'entre le DSM-I, publié en 1952, et le DSM-IV, publié en 1994, l'éventail des troubles mentaux répertoriés par le manuel est passé de 60 à 410 entités[25].

De ce point de vue, l'opposition de la psychologie du sujet à la psychiatrie des années 1960 démontre combien l'individualité peut nourrir le conflit social, et donner lieu à des actions moins défensives que mobilisatrices (Crossley 2006). La promotion de l'individu s'est constituée ici en support à une série de mouvements sociaux, et a été à l'origine

25. Sur la question de la « prolifération » des pathologies recensées par la psychiatrie aujourd'hui, se reporter à (Castel 2010). Sur la légitimité associée à l'affection mentale, telle qu'elle est revendiquée par les mouvements de patients, voir entre autres (Dumit 2006) et (Chamak 2008).

d'une véritable production de société. À cette occasion, la santé est devenue un bien commun et a été instaurée en figure du progrès. Mais, cette promotion met en conflit deux visions radicalement opposées : l'une, de facture psychobiologique, en appelle à une amélioration de l'existence et de la condition individuelle, dans les termes d'une réduction physiologique de l'affection ; l'autre, de facture subjectiviste, s'accorde pour reconnaître dans l'accès à la santé le vecteur d'une plénitude de soi, c'est-à-dire d'abord d'une émancipation de l'individu. Cette dernière perspective est à l'origine d'un deuxième mouvement qui a affecté, plus directement l'évaluation du soin.

2) En effet, la défense du sujet a contribué à importer sur le terrain de la médecine une problématique qui a enrichi et complexifié à la fois la notion de santé. À travers la question du bien-être, la santé n'a plus seulement trait à l'amélioration thérapeutique, mais s'élargit à l'accomplissement de soi. Cet idéal projette la santé pour partie à l'extérieur du soin, vers la psychologie notamment, et en décharge partiellement la psychiatrie. Et, à la fois, la discipline est bien tenue de composer avec cet idiome dans la mesure où celui-ci contribue à placer dans le respect de la subjectivité, et dans la qualité des expériences vécues dans la prise en charge, une disposition opposable au soin (Benamouzig 2010). Autrement dit, le développement de l'exigence de santé permet d'observer comment le subjectivisme nourrit le développement du système sanitaire et est capable à la fois d'en contraindre l'organisation.

L'évaluation de la qualité de vie en milieu hospitalier, ou lors des essais cliniques comme l'exige la *Food and Drug Administration* (FDA), rend directement compte de cette perspective (Bowling 1997). Cette évaluation dite subjective, inaugurée pour large part par la psychopathologie quantitative, dans une filiation à vrai dire assez indirecte avec la sociologie des indicateurs sociaux (Le Moigne 2010b), reconnaît que l'intervention médicale – quelle qu'elle soit – peut accroître sinon provoquer le mal-être du patient. Concrètement, la qualité de vie désigne le rapport qu'il est possible d'établir entre *les aspirations manifestées par l'individu*, dans une série de domaines préétablis (travail, couple, loisir, etc.), et *l'accomplissement de cet idéal*, tel qu'il peut être évalué à l'aune de l'expérience et des sentiments exprimés là encore par l'individu. L'évaluation consiste, par exemple, à estimer dans quelle mesure le bilan du patient, établi avant et après l'introduction de la thérapeutique, a été modifié par cet événement (Cialdella et Chambon 1995). Ce contexte complexifie la détermination des effets de l'intervention médicale. Dans l'idéal, elle oblige à décrire formellement, dans le cas où il ressort que la prise en charge altère la qualité de vie du patient, les causes de ce changement en distinguant la part imputable à la pathologie de celle qui peut être attribuée au soin lui-même (Le Moigne 2010b).

À ce titre, l'introduction de la mesure de la qualité de vie a visé à réunir d'un même pas, d'une part, le droit à l'expression du patient et, d'autre part, la participation de celui-ci

à l'amélioration de la prise en charge. Dans le premier cas, il s'agit de répondre à une aspiration démocratique, en ouvrant l'évaluation de la vitalité personnelle au sujet lui-même, sans la confiner au verdit de l'expertise médicale. Dans le second, en intégrant l'estimation du sujet sur sa santé et sur la prise en charge, il s'agit d'ouvrir l'intervention médicale à de nouveaux critères, la qualité de vie du patient étant tenue sous ce jour comme un indice de la qualité du soin (Benamouzig 2010). Ici, la troisième partie du livre montre bien combien l'emploi des instruments conçus par la psychiatrie permet de désactiver les conflits qui pourraient naître de la prise en charge, et de la consultation en particulier. Par certains aspects, la prétention de ces outils à l'objectivité fait d'eux des outils, sinon de négociation, du moins d'appui au dialogue entre médecins et patients. Cette propriété ne peut se concevoir sans une croyance partagée dans la neutralité des instruments, et à la fois, elle ne prend tout son sens que dans la mesure où praticiens et patients sont persuadés de la pertinence de leurs points de vue « personnels ».

3) Toutefois, la régularisation – au moins tendancielle – de l'affection mentale et l'affirmation d'un nouveau statut pour le patient font pendant à un autre processus, proprement naturaliste, dont la facture du DSM-III rendait déjà directement compte. En effet, le manuel emprunte tant à la psychobiologie qu'à la psychologie du sujet, simplement parce que ces approches décrivent les deux faces d'une même pièce. Dans le premier cas, la biologie est convoquée pour tenter de caractériser des problèmes qui sont censés affectés des individus qui ne seraient liés entre eux que par leur physiologie. Dans le second cas, c'est l'individu lui-même qui est fait nature, sous les traits d'une personnalité psychique – ou d'une conscience – dont la conformation ne devrait qu'à elle-même. Si la causalité est différente, l'unité de référence n'en est pas moins à chaque fois l'individu autonome, c'est-à-dire « désocialisé ». Cette perspective soutient une « décontextualisation » des personnes dont la seconde partie du livre, en particulier le chapitre rédigé par Margot Morgiève, cherche à évaluer les incidences, tant pour la recherche que pour la clinique.

Ainsi, pour l'évaluation de la qualité de vie, la psychopathologie quantitative s'est inspirée de la tradition ouverte par la sociologie des indicateurs sociaux, mais pour s'en démarquer aussitôt. Cette sociologie a cherché à proposer une modélisation du bien-être social dans les années 1970 (Campbell *et al*. 1976 ; Andrews et McKennel 1980). Ce mouvement est né de la critique de l'économie classique qui tendait à considérer la croissance comme le critère du « bien-être des Nations ». Ces études ont ainsi cherché à étendre le spectre des indicateurs susceptibles de rendre compte des conditions d'existence des populations, en privilégiant une série de « postes » jugés primordiaux (revenu, emploi, participation politique, croissance démographique, criminalité, etc.). Il s'agissait donc pour l'essentiel de données de population dites « objectives », c'est-à-dire élaborées à partir d'un chiffrage collectif, sans le recours au témoignage individuel. En revanche, pour la psychopathologie, si l'évaluation de la qualité de vie vise bien à

déterminer le niveau du bien-être individuel, alors elle ne peut être mieux conduite que par l'individu lui-même. C'est pourquoi il importe pour elle que le répondant ait à déterminer et à hiérarchiser par lui-même les domaines de l'existence, au motif qu'on ne saurait substituer le point de vue de l'enquête au sien (Cialdella et Chambon 1995). Au regard de la doctrine défendue par le mouvement des indicateurs sociaux, le renversement est total (Le Moigne 2010b). Il ne s'agit pas de tenir compte des dimensions dites « objectives » de l'existence (ressources, activités, etc.), en vue de montrer ensuite combien elles contribuent à l'organisation subjective du bien-être. Il s'agit bien plutôt de partir du bien-être subjectif en vertu de l'influence qu'il est censé exercer sur la perception de l'existence. Certes, la psychopathologie reconnaît l'évidente immersion de l'individu dans son contexte social, et le poids qu'exerce cette immersion sur ses préférences et ses choix. Mais, dans la mesure où elle tend à placer dans le sujet une force motrice, indépendante et pré-déterminante, la question pour elle n'est pas de savoir quelle influence exerce cet environnement mais plutôt de comprendre la manière dont le sujet se l'approprie. En vertu de quoi, cette évaluation en est venue à considérer que le sujet, étant producteurs de ces idéaux, est par suite le seul à pouvoir juger de leur réalisation dans les faits. Avec la psychopathologie, la qualité de vie est devenue ainsi subjective de bout en bout[26].

Mais, cette « désocialisation » apparaît plus nettement encore lorsqu'on se réfère aux définitions qui ont été données de la « santé mentale positive », c'est-à-dire du bien-être individuel. Il y a là une vision du bonheur et du progrès, qui se donne à voir sous le terme de la réalisation, de l'accomplissement ou encore de l'accès à la plénitude de soi, c'est-à-dire d'un processus totalement individualisé, au risque de déboucher sur un discours particulièrement inégalitaire sinon élitiste. Ainsi, la psychologie dite du « bonheur », pour ne considérer qu'elle, a privilégié deux approches du bien-être (Le Moigne 2016). La première, dite du « potentiel humain », pense le bonheur à la manière d'un achèvement de forme : la plénitude ou la réalisation de soi, selon cet idéal de santé, résulterait de la découverte puis de l'exploitation par l'individu *de ses qualités*

26. L'article des psychiatres et psychométriciens Philippe Cialdella et Olivier Chambon est ici tout à fait évocateur. Son propos vise à montrer comment l'évaluation standardisée a cherché à objectiver l'appréciation subjective de l'existence, au moyen d'échelles censées soutenir une telle gageure. Voici comment les auteurs s'appliquent à définir la qualité de vie (QV) : « il n'existe pas actuellement de consensus sur une définition claire et précise de la QV, d'autant que le concept se situe au carrefour des sciences économiques, sociales, de la médecine, et de la psychologie. Cependant, depuis les travaux sur les indicateurs sociaux qui devaient démontrer la relative indépendance entre indicateurs objectifs et vécu de bien-être, la très grande majorité des auteurs s'accorde à reconnaître que la QV est de nature psychologique et subjective et échappe aux orientations normatives. Pour Joyce (1987), l'évaluation de la QV implique un jugement de valeur, et il affirme que "lorsque les valeurs sont envisagées, celles qui m'importent sont les miennes", pointant l'aspect subjectif de cette évaluation et de ces normes » (Cialdella et Chambon 1995, p. 171-172).

ou vertus intrinsèques (Ryand et Deci 2001). Dans la lignée de la psychologie de la personnalité, une seconde perspective considère quant à elle que l'accès au bien-être dépend d'une *qualité inégalement partagée*. Dans ce dernier cadre, l'accomplissement de soi rend compte d'une capacité personnelle à faire face, d'une intelligence particulière des faits émotionnels et sociaux, ou bien encore d'une aptitude remarquable à l'adaptation (Vaillant 2003). Qu'on considère l'une ou l'autre des perspectives, l'intelligence des faits personnels n'est plus soudée à une dimension sociale, c'est-à-dire relationnelle. Au contraire, l'épanouissement du sujet est ramené ici à une psychologie de la révélation ou du don individuel qui n'est pas sans faire dépendre les différences entre les personnes d'une hiérarchie et d'une inégalité, proprement, naturelles (Le Moigne 2014).

Ainsi, les revendications de maladie, couplées à l'exigence d'une appréciation de la santé exprimée par le sujet lui-même, ont contribué à faire croître sensiblement l'appareillage instrumental de la psychiatrie, et à démultiplier son emploi dans des secteurs toujours plus larges de la société. Ce mouvement de généralisation a porté l'évaluation standardisée à son apogée, tout en réduisant à une part négligeable l'incidence accordée aux phénomènes sociaux dans la genèse des faits ainsi examinés. Ce processus se conçoit logiquement dès lors qu'on considère la raison proprement individualiste de l'évaluation standardisée, l'expansion de celle-ci conduisant mécaniquement à réduire l'écho d'une approche en contexte des troubles mentaux. Mais, il y a plus. L'empreinte de la raison individualiste n'informe pas seulement les contours de la nosographie et le découpage des objets mesurés par l'évaluation, et elle n'est pas seulement explicative de la densité et de l'étendue des problèmes examinés par ce moyen. Cette raison transparaît au niveau même des procédés employés pour certifier la valeur des outils créés pour ce travail évaluatif, et pourrait même être à l'origine du format retenu par leurs concepteurs pour en faire reconnaître l'utilité ; à savoir, le standard.

I.3. Le standard : un nouveau format de règles ?

Un autre élément est également livré par le DSM-III : par la relation immédiate qui lie la santé mentale au bien-être individuel, et à son revers dans le trouble psychique, la psychiatrie ne fait pas que produire une vision de l'existence ; elle s'inscrit à l'épicentre même de la production de l'individualité. Autrement dit, le DSM-III, une fois instauré en standard, a œuvré directement à la définition et à la diffusion d'une nouvelle normativité, instituant en quelque sorte la « feuille de route » de l'individu contemporain pour les personnes elles-mêmes mais, peut-être davantage encore, pour les agences censées contribuer à leur évaluation dans les domaines du soin, de l'assurance, de l'expertise pénale, etc. La question qu'on est en droit de se poser a trait au format emprunté par la règle ainsi édictée – celui du standard. Ici, il est possible de considérer que le genre

d'exigences dont relève l'individualité implique, pour être institué, un type de médiations lui-même particulier dont l'instrument impersonnel et standardisé pourrait bien fournir l'un des modèles.

La sociologie de la standardisation s'est appliquée à montrer que cette forme de normalisation était, dans le domaine médical, naturellement liée à la rationalisation des règles de décision et de gestion des dépenses (Porter 1994 ; Berg 1997). D'autres analyses ont fait valoir que la dimension proprement technique du standard a contribué, mieux que la tradition de l'art thérapeutique, à la professionnalisation du corps médical en lui permettant de se démarquer mieux qu'autrefois des médecines profanes (Gordon 1988 ; Berg *et al.* 2000). C'est là d'ailleurs l'une des interprétations qui ont pu être données du succès rencontré par le DSM-III : selon cette perspective, celui-ci aurait doté la psychiatrie d'un nouveau « style professionnel » qui lui aurait permis non seulement de reconquérir son autorité mais de l'étendre, en calquant son objet sur celui de la biomédecine (Cooksey et Brown 1998 ; Mayes et Horwitz 2005). Enfin, d'autres approches ont, souvent à bon droit, remis en cause la prétention universaliste de la normalisation en mettant au jour la part d'irréductibilité des particularismes locaux devant la plupart des standards, à commencer par le DSM (Castel 2009 ; Timmermans et Epstein 2010)[27].

Toutefois, ces analyses ne s'appliquent pas suffisamment au type et à la qualité de la règle représentée et édictée à la fois par le DSM-III (Le Moigne et Ragouet 2003). Un détour par l'approche néo-institutionnaliste de la standardisation peut offrir matière à comprendre l'arrière-plan, non seulement logique ou pratique mais proprement normatif qui structure l'énoncé de la règle sous ce format. Dans la filiation de cette école, Brunsson et Jacobsson, du Centre de recherche sur les organisations de Stockholm, ont tenté de dresser un portrait de la standardisation qu'on peut résumer en quatre points (Brunsson et Jacobsson 2000).

1) Brunsson et Jacobsson cherchent à comprendre les processus de régulation à partir de la qualité des règles, de leur création et de leur diffusion dans le corps social. Leur visée peut être dite relationnelle en ce sens où elle ne se réduit pas au périmètre de l'entreprise, de l'État, des communautés ou même des individus, mais entend au contraire s'appliquer aux mécanismes qui concourent à l'emboîtement des différents niveaux de l'organisation sociale.

2) Selon Brunsson et Jacobsson, la standardisation peut être décrite dans les termes à la fois d'un *processus* et d'un *mécanisme* de régulation. Autrement dit, elle œuvre à la formation et à la pérennité des relations sociales, d'une part, dans la mesure, d'autre part,

27. Sur l'écart qui prévaut entre la règle édictée par le DSM et l'usage qui en est fait par les psychiatres, se reporter à (Luhrmann 2000) ou bien encore à (Kirk et Kutchins 1998).

où elle diffuse et fixe *des procédés d'action partagés* – un standard. Celui-ci, dont les formes et les terrains d'application sont multiples (normes de qualité, critères d'évaluation, schéma type de gouvernance, composition microbienne d'un produit alimentaire, contenu de l'information financière d'une entreprise cotée en bourse, etc.) est néanmoins guidé, selon les auteurs, par trois principes d'utilité, exclusifs ou intégrés selon les cas. Un standard peut posséder *une visée définitoire*, c'est-à-dire proposer une désignation rigoureuse des objets, des phénomènes ou des êtres, à l'instar des classifications par exemple. Il peut également viser *un projet opératoire*, en énonçant par des règles la procédure à suivre dans la perspective par exemple de l'évaluation formelle d'un phénomène, à la manière des arbres décisionnels ou des outils de mesure. Un standard peut enfin poursuivre *une vocation programmatique (évaluative)*, et mentionner les caractéristiques qu'un univers ou une activité doit posséder ou chercher à réunir, à l'instar des normes de qualité.

3) Mais, il ne saurait être question de standard si les différents supports mobilisés ici, quelle qu'en soit la forme – notices, formats, protocoles, matériels, etc., n'étaient supposés s'appliquer à leur objet de manière universelle (délocalisée), d'une part, et s'adresser sans contrainte, d'autre part, à une population virtuelle, enfin. C'est là le cœur de la thèse défendue par Brunsson et Jacobsson. En effet, selon eux, le standard représente une règle d'un genre particulier.

À la différence de *la norme communautaire*, internalisée, anonyme et parfois peu applicable, le standard s'apparente à une prescription explicite, identifiable par sa source et marquée par une visée opératoire. En outre, la norme implique un rapport de proximité – d'appartenance ou de territoire, auquel la règle standardisée n'est pas soumise. Surtout, la norme exprime une obligation dont la transgression conduit en général à la marginalisation ou la stigmatisation de son auteur, alors que l'adoption d'un protocole ou d'un schéma décisionnel ne revêt pas nécessairement le caractère d'un impératif ou d'une contrainte.

Selon les auteurs, le standard se distingue également *des directives*, c'est-à-dire des règles émanant des hiérarchies administratives ou organisationnelles qui, pour être explicites, n'en ont pas moins valeur d'ordres. En outre, l'introduction d'une directive implique une capacité discrétionnaire, et peut être en ce sens attribuée à l'arbitraire d'un individu ou d'un groupe. Distinctes du régime communautaire et des relations asymétriques du pouvoir, les prescriptions standardisées bénéficient d'une *prétention à la neutralité*.

Cette particularité est redoublée par le fait que leur adoption n'est pas soumise à obligation : l'adhésion du contractant est réputée volontaire. Cette liberté de souscription ne doit pas pour autant conduire, selon l'analyse des auteurs, à rapporter la standardisation à l'émanation d'une logique de *marché*. Les organisations marchandes sont gouvernées par la compétition, la réciprocité des échanges et le retour sur investis-

sement. L'adoption d'un standard repose en revanche sur une délégation d'initiative (accordée aux producteurs du standard) qui déroge aux principes de libre concurrence et de péréquation des coûts. Ainsi pensée, la standardisation s'apparenterait à un mode de régulation susceptible d'apporter stabilité, unité et prévisibilité aux relations inter-organisationnelles, sans pour autant être gagée par un lien d'appartenance, par la menace ou la réciprocité des gains. Selon les auteurs, sa diffusion engage d'abord un principe de conviction.

4) Un des aspects les plus importants de la thèse défendue par Brunsson et Jacobsson concerne les conditions favorables à l'expansion de la standardisation. Les auteurs font d'abord valoir ici *une clause de rendement* : ce mode de régulation peut opérer hors du débat démocratique et du processus législatif, parfois lent et hasardeux ; il ne requiert pas des acteurs l'adhésion à une communauté de valeurs, soit à un principe sélectif d'appartenance ; il est capable d'instaurer des mécanismes de coordination et de contrôle à distance, c'est-à-dire un procédé indépendant des interactions directes du travail, de l'échange marchand ou des relations personnalisées À cette clause d'efficacité, les auteurs ajoutent *des conditions de type contextuel*. En particulier, le développement historique de la standardisation doit être attribué, selon les auteurs, au rapport immédiat qu'elle entretient avec « l'individualisation des sociétés contemporaines ». Elle incarne la possibilité de coordonner des acteurs multiples et autonomes, susceptibles d'adhérer au jeu ou de se retirer sans entrave. L'adoption d'un standard, par son caractère souscrit, rendrait ainsi raison à la manifestation de la responsabilité et de la latitude individuelles. Elle exprimerait un mode de participation qui ne requiert pas, pour préalable, l'échange immédiat et personnalisé, l'adhésion aux valeurs d'un groupe ou la soumission au contrôle hiérarchique.

Naturellement, il y a là une présentation apologétique du standard. Son assimilation à une « norme volontaire », librement choisie et consentie, consacrerait ainsi l'institutionnalisation d'un univers lui-même dégagé des pesanteurs de la tradition, du pouvoir et du marché. En ce sens, la standardisation désignerait la règle proprement archétypique d'une société d'individus émancipés, indépendants et autonomes. Évidemment, comme le montre clairement l'histoire du DSM-III, l'imposition d'un standard ne se conçoit pas sans négociations et luttes d'intérêts, sans la multiplication d'opérations de lobbying et de communication et, dans le cas précis, sans la constitution d'un monopole américain sur le diagnostic psychiatrique : autant d'éléments qui suffisent à mettre en doute l'idée que l'adoption d'un standard est totalement volontaire et raisonnée.

Néanmoins, le propos de Brunsson et Jacobsson peut s'avérer tout à fait utile si on reconsidère le statut qu'il confère à l'autonomie individuelle, en admettant celle-ci non pas comme un fait mais comme une orientation normative. Une fois ce changement opéré, on peut observer que le standard s'impose sans doute moins comme le vecteur d'un cadre réglementaire librement consenti qu'il n'incarne au plus près le format auquel

la normativité individuelle contraint aujourd'hui l'édiction des règles et la coordination des échanges sociaux à grande échelle.

Le type d'obligations qui entoure l'édiction des règles dans le contexte d'une telle normativité a bâti par de nombreux aspects la légitimité du DSM-III. En effet, la validité de la nomenclature n'a pas été fixée seulement à partir du contenu des entités nosographiques, toujours sujet à des débats et des conflits d'écoles, mais tout également et surtout à partir d'un procédé particulier d'énonciation et de ratification des classes syndromiques. Comme le montre la première partie du livre, il s'est agi de faire valoir dans ce domaine une transparence et une objectivité maximales par la formalisation des définitions et de leurs critères, la normalisation du vocabulaire utilisé, le recours à des énoncés basés sur des indices observables, etc.

Autant de précautions laissent à penser que le format de la nomenclature a revêtu une importance égale à celle prêtée à son donné. La manière avec laquelle les rédacteurs du manuel ont cherché à donner corps à l'évidence et à la rationalité de leurs catégories offre une démonstration directe de ce constat. En dehors d'éléments issus de la recherche biologique et pharmacologique, la démonstration d'objectivité du manuel se déduit essentiellement d'une *métrologie du consensus* : la fidélité inter-juges. Celle-ci a pour objet d'évaluer la convergence d'opinion des cliniciens dans le diagnostic des patients : les psychiatres, soumis à l'observation des mêmes sujets, remplissent des grilles de cotation similaires, leur degré de consensus étant par la suite mesuré à l'aide d'un coefficient statistique *ad hoc* – le kappa. Selon les rédacteurs du DSM-III, ce projet probatoire a été guidé par l'intention de transcender l'incommensurabilité conférée aux points de vue des cliniciens. Il est, en ce sens, directement marqué par un fort présupposé subjectiviste : dans ce contexte, le dépassement de la subjectivité et de l'idiosyncrasie prêtées aux psychiatres revêt un caractère si structurant que l'obtention d'un consensus de leur part suffit, à bien des égards, à faire preuve[28].

Naturellement, la relation nouée entre la statistique et la raison administrative est, depuis l'origine des opérations de dénombrement, fondée sur la recherche de la plus grande neutralité, l'intérêt général ayant dû, dans le contexte de la rationalisation de l'action publique, primé sur l'opinion des clercs ou des notables (Gigerenzer 1987 ; Dehue 2000). Mais encore s'agissait-il pour l'essentiel de dépasser une subjectivité dite « d'appartenance » (une partialité de groupe ou de position) ou de « sens commun ». Le contexte de la clinique américaine des années 1970 a appliqué un nouveau tour de roue à cette exigence. En effet, la cure, analytique en particulier, et le clinicien avec elle, ont fait alors l'objet de multiples débats portant tout à la fois sur la technique, l'efficacité et la

28. Pour une présentation critique des fondements et des limites rencontrées par la démonstration interjuges, se reporter à (Le Moigne 2006). Ce point est par ailleurs développé dans le premier chapitre de l'ouvrage.

généralisation des effets produits par les psychothérapies. La cure a fini ainsi, à la faveur du subjectivisme ambiant, par être perçue comme un acte local et extrêmement personnalisé, capable au mieux d'études de cas. Elle a paru dominée par une relation de personne à personne, c'est-à-dire par la rencontre de deux subjectivités. C'est pourquoi le dépassement de l'idiosyncrasie prêtée aux cliniciens a fini par prendre la valeur d'un impératif (Le Moigne 2008)[29]. Ainsi, la subjectivité, que l'objectivité a eu pour intention de dépasser, était devenue personnelle.

Logiquement, si on ne croit pas que le jugement dépend de points de vue personnels irréductibles, qu'il conviendrait de concilier ou de transcender pour faire œuvre de connaissance, alors l'idée de démontrer par le consensus la pertinence des catégories que nous utilisons tombe un peu à plat. C'est pourtant le dépassement d'une telle individualité que la règle édictée doit signifier ici si elle veut prétendre à un caractère objectif et universel : elle doit démontrer de bout en bout une facture neutre et impersonnelle, à la fois dans sa visée, sa forme, son mode opératoire et sa ratification[30].

En ce sens, le DSM-III paraît exemplaire de deux mouvements :

1) d'abord, sa confection a été traversée par un jeu d'oppositions qui a requis la composition d'arrangements et d'outils d'un genre nouveau. C'est là, plus globalement, le sens qu'on peut conférer à la standardisation des catégories de l'affection mentale. Celle-ci ne se réduit pas à un travail de normalisation, c'est-à-dire à la production d'une norme. En tant que processus, la standardisation donne à voir plus exactement comment, dans un contexte où l'existence est censée dépendre d'un régime purement individuel, psychique ou biologique, particulièrement rétif à l'imposition d'un ordre commun, une voie d'issue a pu être trouvée à une négociation collective du changement ;

2) ce faisant, le manuel a contribué à l'institutionnalisation d'un nouveau format de règles qui, compte tenu de son pouvoir de coordination et de régulation, semble bien décrire non pas seulement une norme mais bien l'une des institutions les plus emblématiques de la normativité individuelle et, par suite, l'une de ses médiations les plus exemplaires. C'est là l'hypothèse qui servira de fil rouge à cet ouvrage.

---

29. Pour mesurer l'enjeu que l'évaluation de la subjectivité tout autant que son dépassement a pu représenter pour la psychopathologie quantitative, il suffit de consulter les précis que la spécialité a consacrés à cette question. Pour une illustration directe de cette préoccupation, voir (Falissard 2000).

30. Le procédé domine aujourd'hui toute forme d'évaluation en psychiatrie comme en psychologie, y compris dans les domaines relatifs à l'estimation de l'autonomie ou de la qualité de vie (Le Moigne 2010b). Pour une analyse de la manière avec laquelle ce type de mesures retentit sur la part proprement clinique du travail psychiatrique, notamment dans la prise en charge de patients atteints de schizophrénie, voir (Le Moigne et Velpry 2007).

Si cette hypothèse est valide, alors il faut penser, contrairement à ce que Brunsson et Jacobsson avancent, que le format de règles véhiculé par la standardisation ne se répand pas seulement parce qu'il réussit à convaincre des individus, « libres et éclairés », de l'adopter, mais parce que sa légitimité est plus immédiate dans un contexte où l'orientation normative est dominée par l'individualité. Dans ce contexte, l'exigence de transparence et de neutralité tend à dévaluer les cadres réglementaires qui se revendiquent de la tradition, de la contrainte ou encore de l'intérêt, c'est-à-dire d'un principe susceptible de surplomber ou de corrompre l'attachement exprimé envers l'individu. Cette première condition en implique une autre, plus exigeante, à savoir que la règle soit proprement impersonnelle, sinon dépersonnalisée. Pour répondre à cette exigence, il importe qu'elle soit anonyme et qu'elle ne relate aucun point de vue singulier. Le DSM-III, comme la plupart des nomenclatures médicales depuis, a poussé cette logique à son paroxysme en veillant à entourer – au moins formellement – chacune des classes nosographiques qui le compose d'une convergence d'opinions éprouvée par l'expérimentation et la statistique. Et, paradoxalement, c'est bien cette entreprise de dépersonnalisation qui a fourni l'un des principaux ressorts au développement de la mesure en psychiatrie.

À travers ses différents chapitres, cet ouvrage voudrait offrir une illustration des différents problèmes et des différents mouvements évoqués, sans doute de manière trop rapide et schématique, dans cette introduction. Ainsi, le découpage en trois parties du livre cherche à décliner le regard porté sur la mesure du trouble mental à partir de dimensions d'actions et de réflexions assez distinctes, si tant est qu'il soit possible de les séparer dans les faits ; à savoir, celles de *la recherche*, d'une part, de *la décision*, d'autre part, et celles de l'*usage* auquel les professionnels et les institutions du soin destinent ces outils, enfin.

À cet égard, la première partie du livre vise d'abord, à travers un premier texte portant sur le développement historique de la recherche sur la dépression, à montrer comment l'instrumentation psychiatrique s'est peu à peu imposée dans les sciences. Cette lecture de l'essor historique des instruments et, par suite de la prolifération des échelles, revient à faire état de la promotion d'un nouveau langage, devenu véhiculaire dans la recherche sur les causes et le traitement des désordres mentaux, dont la principale vertu a été de mettre fin à une carence de désignation. Ces échelles ont valu comme une démonstration d'objet, en cherchant à fonder en preuve l'existence de la pathologie mentale, et ont offert une définition opératoire, suffisamment stable, et dite « objective » des troubles, de sorte que leur examen par la recherche est devenu possible. Toutefois, la facture des outils comme la division du travail instrumental oblige à penser que la solution apportée ainsi au problème de désignation relève plutôt d'un jeu de compositions,

d'arrangements et d'ajustements dont il est tout à fait légitime d'interroger le rendement[31]. C'est là le sens du premier chapitre du livre. Le second, rédigé par Xavier Briffault, s'applique plus directement encore à la question de la validité des tests, en prenant pour motif le cas exemplaire de l'échelle de Hamilton érigé en standard de la mesure de la dépression. Il montre que, dans le domaine des psychopathologies en particulier, mesurer ne se conçoit pas sans une définition préliminaire de l'objet et que, par conséquent, la prétention de ces échelles à la neutralité objective d'une pure métrique repose en réalité sur le préalable d'une série de choix, qu'ils soient sémiologiques, cliniques, sinon thérapeutiques, qu'il convient de mettre au jour.

La seconde partie de l'ouvrage ne se départit pas d'une réflexion sur les principes, mais elle étend ce propos aux conditions requises pour qu'un test finisse par être établi en standard. En abordant la question de l'accession de ces tests à la popularité, les textes qui composent cette partie s'appliquent donc plus directement aux conditions d'emploi des échelles, et intègrent à ce titre les aspects décisionnels, pratiques, et donc professionnels de la mesure du trouble mental. Le texte de Margot Morgiève, qui s'applique à l'usage de l'Y-BOCS dans l'évaluation des troubles obsessionnels compulsifs (TOC), pointe une des conditions essentielles pour qu'un test puisse prétendre à une généralisation d'emploi : selon l'expression qu'elle utilise, il doit pouvoir soutenir un effet de « décontextualisation », c'est-à-dire produire une évaluation indépendamment des particularités du patient et du clinicien qui l'interroge. Évidemment, cette propriété comporte de nombreuses conséquences, tant scientifiques que cliniques, que Margot Morgiève ne manque pas de pointer. Le texte que Baptise Brossard consacre au *Mini-Mental State Examination* (MMSE), dont l'usage est devenu commun dans l'évaluation de la maladie d'Alzheimer, permet d'observer qu'une autre dimension est requise pour qu'un test accède à une large diffusion : son pouvoir de « convertibilité ».

31. Ainsi, une question, pourtant décisive dès lors que la recherche se prévaut d'une prétention à la mesure, est rarement évoquée par ce champ de l'activité scientifique, sinon à la marge : celle du caractère métrique des grandeurs psychologiques, et par extension, psychiatriques. En effet, pour qu'un donné soit justiciable d'opérations mathématiques relativement élaborées, à l'instar de celles conduites par la psychopathologie quantitative, faut-il encore qu'il possède des qualités propices à sa conversion dans le régime des nombres. Pour cela, il importe en particulier qu'on puisse démontrer que ce donné comprend un zéro et qu'il est susceptible d'être étagé en intervalles réguliers, à l'instar de la matière travaillée par la physique. Or, de telles qualités sont pour le moins délicates à démontrer pour les grandeurs examinées sous le registre de la « sensation », de la « motivation » ou encore de la « dépression ». À la fin des années 1930, certains physiciens ont d'ailleurs mis en cause le caractère métrique des phénomènes mentaux. Mais, cette question a été finalement délaissée par la psychologie, à la faveur notamment du manuel publié par Stanley Smith Stevens en 1951, qui a institué dans la discipline une définition de la mesure plus « représentationnelle », pour ne pas dire plus symbolique (Stevens 1951 ; Martin 2003). Ce n'est qu'au début des années 2000 que le débat a ressurgi du côté des psychométriciens, notamment dans le champ de l'éducation, sans pour autant diffuser réellement au-delà de ce périmètre (Michell 1999).

Par-là, il faut entendre l'idée qu'une échelle tend à être établie en standard dès lors que son usage sert les intérêts croisés de la recherche, le statut du clinicien, la professionnalisation de certaines spécialités médicales, le financement des investigations, qu'il appuie la décision des institutions sanitaires ou encore l'opposition des laboratoires pharmaceutiques à celle-ci lorsqu'elle leur est défavorable. Alors, l'outil finit en quelque sorte par s'imposer à tous, à la manière d'un « passage obligé ».

Enfin, la troisième partie du livre s'adresse plus immédiatement à l'usage des tests en contexte, et aborde en ce sens plus directement leur emploi dans l'interaction et la régulation des systèmes sociaux. D'abord, le chapitre d'Aude Béliard, qui s'applique à l'usage du MMSE dans les consultations pour la maladie d'Alzheimer, montre bien que cet emploi ne se réduit pas à une évaluation métrique : il agirait plutôt à la manière d'une « médiation ». Il permet au premier chef de libérer l'interaction entre le clinicien, le patient et son entourage des tensions que suscite le diagnostic de la maladie, à la manière d'un « juge de paix », simplement en vertu de l'objectivité qui lui est conférée par l'ensemble des interactants. Le test peut être ainsi décrit comme un outil de négociation, puis dans l'enchaînement des visites, comme un instrument d'accompagnement du malade, le questionnaire finissant par jouer ainsi un rôle pivot dans la construction des échanges entre les acteurs de la consultation. Le texte de Renaud Crespin, qui clôt l'ouvrage, s'applique quant à lui à retracer la trajectoire d'un test biologique – le *Dole Test*. Ce test visait d'abord à encadrer le suivi des toxicomanes intégrés aux programmes de substitution, avant que son emploi ne se généralise aux États-Unis, pour finalement servir au dépistage des consommations de drogues au travail. Cette « appropriation » du test par les entreprises, pour reprendre l'expression retenue par Renaud Crespin, montre de la meilleure manière comment la diffusion d'une technique, élue en standard, est capable d'interagir avec les régulations du système social et d'en infléchir le cours. Son emploi a d'abord fait l'objet d'âpres négociations entre l'État, le secteur marchand et le droit pour autoriser le dépistage ou en conditionner au contraire le recours. Puis, par l'intermédiaire d'un complément technique visant à ratifier les résultats obtenus au test, l'emploi de celui-ci a pu finalement être généralisé et participer à l'introduction de nouvelles règles dans l'entreprise, en offrant à celle-ci un moyen de contrôler l'emploi des consommateurs de drogues.

À cet égard, l'histoire que ce dernier texte retrace est bien à l'image du changement dont l'évaluation standardisée s'est fait le témoin en psychiatrie. En se prononçant pour une défense appuyée de la personne, ce nouveau contexte a vu se multiplier les vulnérabilités dont les individus pouvaient être atteints en probabilité, si bien que l'éventail des troubles s'est élargi lui-même, au même degré que leur prise en charge. Et tout à la fois, comme le statut contemporain de la toxicomanie donne à le voir le plus directement, cet intérêt inédit pour la personne n'a eu de cesse d'amplifier la responsabilisation des individus (Martucelli 2004), jusqu'à chercher comme ici à déterminer formellement, au moyen d'un test objectif, leur éventuelle dangerosité.

I.4. Bibliographie

American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, APA, Washington.

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*s, Fourth Edition, APA, Washington.

Andrews, F.M., McKennel, A.C. (1980), Measures of self-reported well-being: their affective, cognitive and other components, *Social Indicators Research*, 8, 127–155.

Bachelard, G. (1967), *La Formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*, 5e édition, Vrin, Paris, 212–213.

Bayer, R. (1981), *Homosexuality and American Psychiatry: the Politics of Diagnosis*, Basic Books, New York.

Béliard, A. (2014), Face à la maladie d'Alzheimer. Investissements et non investissements des catégories médicales, in *Vieillesses et vieillissement. Regards sociologiques*, Hummel, C., Mallon, I., Caradec, V. (eds.), PUR, Rennes, 353–355.

Béliard, A., Eideliman, J.S. (2014), Mots pour maux : théories diagnostiques et problèmes de santé, *Revue Française de Sociologie*, 55(3), 507–536.

Benamouzig, D. (2010), Mesures de qualité de vie en santé : un processus social de subjectivation ?, *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 4(1), 135–176.

Berg, M. (1997), *Rationalizing Medical Work: Decision-Support Techniques and Medical Practices*, MIT Press, Cambridge.

Berg, M., Horstman, K., Plass, S. (2000), Guidelines, professionals and the production of objectivity: standardization and the professionalism of insurance medicine, *Sociology of Health and Illness*, 22, 765–791.

Blashfield, R. (1984), *The Classification of Psychopathology. Neo-Kraepelinian Quantitative Approaches*, Plenum Press, New York.

Bowker, G.C., Star, S.L. (1999), *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*, MIT Press, Cambridge.

Bowling, A. (1997), *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scale*, Open University Press, Buckingham.

Briffault, X. (2010), *La fabrique de la dépression. Observer, comprendre, agir*, Armand Colin, Paris.

Cette bibliographie est identique à celle de l'ouvrage correspondant en anglais publié par ISTE.

Briffault, X., Martin, O. (2011), Déprimer par les nombres, le façonnage statistique et psychométrique des dépressions contemporaines, *Sociologie et Sociétés*, 43(2), 67–89.

Brossard, B. (2014), Un test rudimentaire mais pratique. Enquête sur le succès du Mini-Mental Examination Test, *Sciences Sociales et Santé*, 32(4), 43–70.

Brunsson, N., Jacobsson, B. (2000), *A World of Standards*, Oxford University Press, New York.

Buchanan, R.D. (2003), Legislative warriors: American psychiatrists, psychologists and competing claims over psychotherapy in the 1950s, *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 39, 225–249.

Buchanan, R.D. (2002), On 'not giving psychology away': the Minnesota Multiphasic Personality Inventory and public controversy over testing in the 1960s", *History of Psychology*, 5(3), 284–309.

Cambrosio, A., Keating, P., Schlich, T., Weisz, G., (2009), Biomedical conventions and regulatory objectivity: a few introductory remarks, *Social Studies of Science*, 39(5), 651–664.

Campbell, A., Converse, P.E., Rodgers, W.L. (1976), *The Quality of American Life*, New York, Russel Sage Foundation.

Capshew, J.H. (1999), *Psychologists on the March: Science, Practice and Professional Identity in America, 1929-1969*, Cambridge University Press, Cambridge.

Castel, P.H. (2000), *La métamorphose impensable. Essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle,* Gallimard, Paris.

Castel, P.H. (2009), What's behind a guideline? Authority, competition and collaboration in the French oncology sector, *Social Studies of Science*, 39(1), 651–664.

Castel, P.H. (2010), *L'esprit malade: cerveaux, folies, individus*, Éditions de l'Ithaque, Paris.

Chamak, B. (2008), Autism and social movements: French parents' associations and international autistic individuals' organizations, *Sociology of Health and Illness*, 30(1), 76–96.

Champion, F. (ed.), (2008), *Psychothérapie et société*, Armand Colin, Paris.

Cialdella, P., Chambon, G. (1995), L'évaluation de la qualité de vie en psychiatrie, in *Psychopathologie quantitative*, Guelfi, J.D., Gaillac, V., Dardennes, R. (eds), Paris, Masson.

Cooksey, E.C., Brown, P.H. (1998), Spinning on its axes: DSM and the social construction of psychiatric diagnosis, *International Journal of Health Services*, 28(3), 525–554.

Crespin, R., (2009), Quand l'instrument définit les problèmes : le cas du dépistage des drogues dans l'emploi aux États-Unis, in *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, La Découverte, Paris, 213–236.

Crossley, N. (1998), R.D. Laing and the British anti-psychiatry movement: a socio-historical analysis, *Social Science and Medicine*, 47, 877–889.

Crossley, N. (2006), *Contesting Psychiatry: Social Movements in Mental Health*, London, Routledge.

Dehue, T. (2000), From deception trials to control reagents: the introduction of the control group about a century ago, *American Psychologist*, 55, 264–269.

Demazeux, S. (2013a), *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Éditions de Ithaque, Paris.

Demazeux, S. (2013b), L'échec du DSM-5, ou la victoire du principe de conservatisme, *L'Information Psychiatrique*, 89, 295–302.

Descombes, V. (2004), *Le complément de sujet. Enquête sur le fait d'agir de soi-même*, Gallimard, Paris.

Dumit, J. (2006), Illnesses you have to fight to get: facts as forces in uncertain, emergent illnesses, *Social Science and Medicine*, 62(3), 577–590.

Ehrenberg, A. (1998), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, Paris.

Ehrenberg, A. (2010), *La société du malaise. Le mental et le social*, Odile Jacob, Paris.

Elias, N. (1991), *La société des individus*, Fayard, Paris.

Falissard, B. (2000), *Mesurer la subjectivité en santé. Perspective et méthodologique et statistique*, Masson, Paris.

Fassin, D., Rechtman, R. (2009), *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Flammarion, Paris.

Gigerenzer, G. (1987), Probabilistic thinking and the fight against subjectivity, in *The Probabilistic Revolution: Ideas in the Sciences*, Krüger, L., Gigerenzer, G., Morgan, M. (eds), Vol. 2, MIT Press, Cambridge.

Gordon, D.R. (1988), Clinical science and clinical expertise: changing boundaries between art and science in medicine, in *Biomedicine Examined*, Lock, M., Gordon, D.R. (eds), Kluwer Academic Publishing, Dordrecht.

Grob, G.N. (1994), *The Mad Among Us: A History of the Care of America's Mentally Ill*, The Free Press, New York.

Grob, G.N. (1995), The paradox of deinstitutionalization, *Social Science and Modern Society*, 32(5), 51–59.

Guelfi, J.D. (ed.), (1998), *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*, Éditions Pierre Fabre, Rueil Malmaison.

Hacking, I. (1983), *Representing and Intervening: Introductory Topics in the Philosophy of Natural Science*, Cambridge University Press, Cambridge.

Healy, D. (1999), *The Antidepressant Era*, Harvard University Press, Harvard.

Horney, K. (1950), *Neurosis and Human Growth*, New York, NY, WW Norten.

Jahoda, M. (1999), *Current Concepts of Positive Mental Health*, Ayer Company Publishers, Stratford.

Kardiner, A. (1941), *The Traumatic Neuroses of War*, Washington, WA, National Research Council.

Kirk, S., Kutchins, H. (1998), *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris.

Laing, R.D. (1965), *The Divided Self*, Baltimore, MD, Penguin.

Le Moigne, P., (ed.) (2003), *La mesure de la dépression. La psychométrie au carrefour des sciences*, APN-CNRS, Paris.

Le Moigne, P. (2005), La régularisation du trouble mental : médecine, psychiatrie, bien-être, *Cahiers de Recherche Sociologique*, 41, 91–114.

Le Moigne, P. (2006), La psychométrie et les sciences humaines, in *Dictionnaire des Sciences Humaines*, Mesure, S., Savidan, P. (eds), PUF, Paris.

Le Moigne, P. (2008), L'efficacité thérapeutique. La psychopathologie, de l'expérimentalisme à l'évaluation, in *Psychothérapie et société*, Champion, F. (ed.), Armand Colin, Paris.

Le Moigne, P. (2010a), Une nouvelle carte du normal et du pathologique : l'institutionnalisation de la santé mentale aux États-Unis, *Sciences Sociales et Santé*, 28(1), 81–108.

Le Moigne, P. (2010b), La qualité de vie : une notion utile aux sciences sociales ?, *Sciences Sociales et Santé*, 28(3), 75–84.

Le Moigne, P. (2012), *L'individualité et ses médiations. Contribution à une sociologie du changement contemporain*, Summary, EHESS, Paris.

Le Moigne, P. (2014), La santé mentale comme philosophie politique : la psychologie du soi et le progrès social, *L'Evolution Psychiatrique*, 79(4), 683–695.

Le Moigne, P. (2016), Les ambivalences de l'amélioration. La santé mentale au départ de la self psychology, in *Aller mieux. Approches sociologiques*, Demailly, L., Gamoussi, N. (eds), Presses Universitaires du Septentrion, Lille.

Le Moigne, P., Ragouet, P. (2003), L'articulation de la connaissance et de la règle. Le cas d'espèce de l'instrumentation psychiatrique, in *Normes sociales et processus cognitifs*, Maison des Sciences de l'Homme et de la Société, Poitiers.

Le Moigne, P., Ragouet, P. (2012), Science as intrumentation: the case for psychiatric rating scales, *Scientometrics*, 93, 329–349.

Le Moigne, P., Velpry, L. (2007), *L'évaluation du handicap psychique et de l'autonomie dans la schizophrénie*, Mire, Paris.

Luhrmann, T.M. (2000), *Of Two Minds: The Growing Disorder in American Psychiatry*, Alfred A. Knopf, New York.

Martin, O. (2003), Les origines philosophiques et scientifiques de la théorie représentationnelle de la mesure (1930-1950), *Social Science Information*, 42(4), 485–513.

Martuccelli, D. (2004), Figures de la domination, *Revue Française de Sociologie*, 45(3), 469–497.

Maslow, A. (1954), *Personality and Motivation*, Harper, New York.

Mayes, R., Horwitz, A.V. (2005), DSM-III and the revolution in the classification of mental illness, *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 41(3), 249–267.

Menninger, R.W, Nemiah, J.C. (eds), (2000), *American Psychiatry After World War II*, American Psychiatric Press, Washington.

Michell, J. (1999), *Measurement in Psychology: Critical History of a Methodological Concept*, Cambridge University Press, Cambridge.

Millon, T. (1983), The DSM-III: an insider's account, *American Psychologist*, 38, 804–815.

Morgiève, M., Briffault, X. (2014), La fabrique du TOC moderne : une analyse contexte de la cérébralisation de la névrose obsessionnelle dans un laboratoire de neurosciences cliniques, *Socio-Logos*, 9, available at: http://socio-logos.revues.org/2882.

Pâquet, M., Boivin, J. (2007), La mesure fait loi : la doctrine de l'hygiène mentale et les tests psychométriques au Québec durant l'entre-deux-guerres, *The Canadian Historical Review*, 88(1), 149–179.

Pichot, P. (ed.) (1984), *DSM-III et psychiatrie française. Comptes rendus du congrès*, Masson, Paris.

Pols, H. (2001), Divergences in American psychiatry during the Depression: somatic psychiatry, community mental hygiene, and social reconstruction, *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 37, 369–388.

Porter, T.M. (1994), Objectivity as standardization: the rhetoric of impersonality in measurement, statistics, and cost-benefit analysis, in *Rethinking Objectivity*, Megill, A. (ed.), Duke University Press, Durham.

Robins, L.N., Regier D.A. (1990), *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*, The Free Press, New York.

Rogers, C.R. (1961), *On Becoming a Person*, Houghton Mifflin, Boston.

Rush, J., First, M.B., Blacker, D. (2008), *Handbook of Psychiatric Measures*, Second Edition, APA, Washington.

Ryan, R.M., Deci, E.L. (2001), On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being, *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.

Sadler, J., Osborne, P.O., Schwartz, M.A. (eds), (1994), *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*, John Hopkins University Press, Baltimore.

Schulman, G.I., Hammer, J. (1988), Social characteristics, the diagnosis of mental disorders, and the change from DSM-II to DSM-III, *Sociology of Health and Illness*, 10, 543–560.

Shinn, T. (2000), Formes de division du travail scientifique et convergence intellectuelle, *Revue française de sociologie*, 41, 447–473.

Shinn, T., Ragouet, P. (2005), *Dynamiques de la science, pour une sociologie transversaliste des activités scientifiques*, Éditions Raisons d'Agir, Paris.

Shorter, E. (1997), *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, John Wiley & Sons, New York.

Stevens, S.S. (1951), Mathematics, measurement and psychophysics, in *Handbook of Experimental*, Stevens, S.S., (ed.), Wiley, New York.

Sturm, T., Ash, M.G. (2005), Roles of instruments in psychological research, *History of Psychology*, 8(1), 3–34.

Szasz, T.S. (1964), *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, New York, NY, Hoeber-Harper.

Taylor, E.I. (1991), William James and the humanistic tradition, *Journal of Humanistic Psychology*, 31(1), 56–74.

Taylor, E.I. (1992), *William James on Exceptional Mental States: The 1896 Lowell Lectures*, Charles Scribner's Sons, New York.

Taylor, E.I. (1996), *William James on Consciousness beyond the Margin*, Princeton University Press, Princeton.

Timmermans, S., Epstein, S. (2010), A World Full of Standards but Not a Standard World: Toward a Sociology of Standardization", *Annual Review of Sociology*, 36, 69–89.

Vaillant, G.E. (2003), Mental Health, *American Journal of Psychiatry*, 160, 1373–1384.

Wakefield, J.C., Demazeux, S. (eds) (2016), *Sadness or Depression? International Perspectives on the Depression Epidemic and its Meaning*, New York, Springer.

Weber, M. (1971), *Économie et société*, Plon, Paris.

Young, A. (1995), *The Harmony of Illusions: Inventing Posttraumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, Princeton.

PARTIE 1

Principes : forces et limites de l'instrumentation psychiatrique

Introduction de la partie 1

Cette première partie de l'ouvrage cherche, au premier chef, à questionner les *principes* de la mesure psychiatrique. Cette interrogation est conduite à partir du cas de l'évaluation de la dépression en particulier, dans la mesure où cette évaluation a constitué le premier laboratoire de l'instrumentation psychiatrique contemporaine. Les deux textes qui composent cette partie du volume parviennent, par des voies différentes, au même constat ; à savoir, qu'il importe de distinguer ici *les propriétés organisatrices* de l'instrumentation de *son rendement tant épistémologique que clinique.* Autant, dans le premier cas, il s'agit de souligner la force de la mesure à travers sa capacité à structurer des pans entiers de la recherche. Autant, dans le second, il s'agit de pointer les faiblesses de sa construction, au regard notamment de son mode de validation et du rendu, pour le moins succinct, que les échelles contribuent à donner du trouble mental.

Le premier texte cherche, à travers une analyse historique, à retracer la genèse et la diffusion de l'entité dépressive dans la recherche depuis 1950. Cette perspective historique permet de restituer l'arrière-plan d'une évaluation prise dans le jeu contradictoire d'une clinique assaillie par la question de la subjectivité (de son donné, de son savoir et de ses pratiques), d'une part, et d'une recherche acquise à l'hypothèse d'une détermination proprement biologique du diagnostic, d'autre part. Cet arrière-plan a favorisé l'essor d'une catégorisation du trouble dépressif acquise à une objectivité formelle et numérique, fondée sur la psychométrie et la taxinomie, qui allait donner lieu, moyennant une série d'arbitrages et une codification nouvelle de la preuve, au déve-loppement d'un appareillage instrumental particulièrement régulateur. Cette production permettra de délimiter, entre psychologie et psychiatrie, le périmètre et la fonction d'échelles et de tests nés de deux traditions rivales. Ces échelles seront ensuite soumises, dans leur emploi, au verdict des cliniciens eux-mêmes : l'obtention, à travers les grilles, d'un diagnostic suffisamment convergent, dûment ratifié par un test statistique inédit (le Kappa), donnera appui à l'affirmation d'un jugement psychiatrique unitaire, fondé sur une critériologie dite « consensuelle ». Cette perspective permettra au jeu d'instruments

ainsi créés d'imposer une définition stabilisée de la dépression, susceptible d'être partagée par d'autres disciplines, à commencer par la biologie et la pharmacologie. La circulation de l'objet ainsi créé par l'évaluation standardisée contribuera par suite, par un effet de renforcement, à asseoir la réputation des échelles, les résultats de la recherche biologique et de la psychopharmacologie étant eux-mêmes intégrés comme support à la composition et à la validation de ces outils.

À la faveur de ce développement, les articles qui présentent ces instruments deviendront des références obligées, au point de figurer parmi les publications les plus citées dans les sciences, toutes disciplines confondues, entre 1960 et 1980. Pour autant, le jeu de preuves qui appuie la création de la nouvelle nomenclature de la pathologie mentale est-il réellement probant ? Comme cherche à le montrer ce premier texte, le mode de ratification des échelles est bâti sur *une délégation réciproque de la preuve*, entre les différentes disciplines mobilisées par sa connaissance, dont le risque est de reporter toujours à plus tard la production d'un fait susceptible de valider la catégorisation psychiatrique.

Xavier Briffault prolonge cette interrogation en appliquant son analyse à l'organisation interne des échelles, à partir d'un cas exemplaire : l'échelle de dépression de Max Hamilton. Ce second texte revient sur un fait simple, pointé d'ailleurs par les producteurs initiaux des instruments, mais souvent omis depuis : *mesurer, c'est définir*. Partant de ce principe, Xavier Briffault revient sur la définition implicite de la dépression que l'échelle de Hamilton a contribué à diffuser dans la recherche, mais également auprès des instances sanitaires, depuis 1960. Il montre en particulier combien l'outil est suspendu à l'idée implicite d'une uniformité du trouble. Uniformité, d'abord, en ce sens où la mesure, conçue à partir d'un score global, réduit la caractérisation de la dépression à la somme indistincte de différents symptômes, sans jamais interroger l'éventuelle interaction qu'ils pourraient entretenir entre eux. Uniformité, ensuite, en ce sens où la dépression serait censée relever ici d'une manifestation universelle, insensible à toute variation locale, hypothèse étant faite que cette homogénéité de forme répondrait à une cause elle-même unique, vraisemblablement biologique. Uniformité, enfin, dans ce sens où l'échelle, basée sur une cotation globale, ne permet pas d'aller au-delà d'un diagnostic générique du syndrome, s'interdisant par là-même une lecture des variations inter-individuelles du trouble, susceptible d'éclairer la clinique sur les particularités de la dépression vécue par chaque patient.

Or, des modèles susceptibles de rendre compte de l'interaction des symptômes, ou encore de la manière particulière avec laquelle ces symptômes affectent chaque patient, existent aujourd'hui. Ces modèles sont fondés sur le principe d'une organisation en réseau des symptômes, et s'appuient sur un inventaire suffisamment étoffé de facteurs de risque, de sorte qu'il devient possible en probabilité de comprendre pourquoi, et par quel

processus, le syndrome dépressif est advenu, dans la forme qu'il présente en propre chez un individu donné. Mais, comme le souligne Xavier Briffault, la finesse et la pertinence de ces modèles, tant en logique qu'en clinique, sont battues en brèche par l'influence que l'*Evidence-Based Medicine* exerce aujourd'hui sur l'organisation de la recherche. De ce point de vue, l'échelle de Hamilton, à l'image de la plupart des outils de l'instrumentation psychiatrique, désigne bien le produit d'un monde qui paraît dépassé mais qui, pour autant, en vertu de sa force proprement structurante, n'en continue pas moins de dominer la recherche.

Chapitre 1

La diffusion de la nosographie psychiatrique dans les sciences : origines et enjeux de la recherche sur la dépression (1950-1985)

Le problème de la différenciation sociale du champ scientifique implique la résolution de deux questions, celle de son autonomie relative à l'égard de son environnement, d'une part, et de son unité interne, d'autre part. En sociologie des sciences, une des pistes ouvertes dans ce domaine par Terry Shinn concerne l'instrumentation, et le rôle exercé par celle-ci dans les différents régimes de production et de diffusion de la science (Shinn 2000 ; Shinn et Ragouet 2005). Dans un de ces régimes, que Shinn nomme « transversal », les chercheurs se consacrent plus spécialement à l'élaboration de concepts instrumentaux ou de matrices techniques qui seront par la suite exploités par l'université, l'industrie, par les grands organismes de mesure ou encore le secteur militaire. Ces technologies peuvent être qualifiées de « génériques » dans la mesure où elles constituent les « concepts souches » à partir desquels des instruments différents sont déclinés en fonction de préoccupations de recherche spécifiques. Les systèmes de contrôle automatique, l'ultracentrifugeuse, la spectroscopie par transformée de Fourier, le laser ou encore le microprocesseur entrent dans cette catégorie particulière d'instruments (Shinn 2000).

Le caractère générique des instruments souches est inscrit dans leur facture, précisément parce qu'ils ont été conçus par des individus soucieux de la modulabilité et de l'adaptabilité de leurs créations. En effet, les chercheurs « technico-instrumentaux » n'appartiennent pas à un espace disciplinaire ou à un employeur particulier : ils changent constamment d'institutions et sont de ce fait dotés d'un capital relationnel très diversifié,

Chapitre rédigé par Philippe LE MOIGNE.

comprenant des praticiens de la recherche, des administrateurs ou des ingénieurs de spécialités très différentes. Ces chercheurs évoluent dans ce que Shinn appelle « l'intersticialité » et sont contraints à la mobilité pour deux raisons au moins :

1) l'élaboration des instruments génériques nécessite la mobilisation de savoirs et de données qui ne sont pas ancrés dans un seul espace disciplinaire ;

2) la diffusion d'un instrument générique requiert de la part de ces chercheurs une activité de conseil auprès des praticiens afin que ceux-ci puissent s'approprier les principes fondamentaux des technologies génériques et les adapter à leurs propres besoins (Shinn 2000).

Pour Shinn, les instruments génériques jouent donc un rôle essentiel dans l'unification du champ scientifique et les mouvements de convergence intellectuelle. À travers la mobilisation et l'application de la composante générique d'un instrument donné dans un grand nombre d'espaces aux besoins dissemblables, des modes d'action, des façons de percevoir et de juger sont ainsi partagés. Une sorte de *lingua franca* transcommunautaire émerge alors qui permet aux groupes ainsi réunis de parler un langage commun. Ensuite, la robustesse de l'instrument devient patente lorsque plusieurs praticiens inscrits dans des domaines différents obtiennent des résultats stables et durables. Le caractère universel du « savoir-instrument » obéirait ainsi à la pertinence qui lui est accordée de façon indépendante au sein de plusieurs champs et pourrait être assimilé, selon Shinn, à une forme d'« universalité pratique » (Shinn 2000).

Le rôle à la fois d'unification et de différenciation du champ scientifique que Shinn attribue à l'instrumentation découle d'abord de l'efficacité tant fonctionnelle qu'organisationnelle des outils. Toutefois, son propos s'applique à l'activité de recherche et à la division du travail et moins à la valeur probatoire qu'il est possible d'accorder à l'emploi des outils. En ce sens, deux questions ne sont abordées qu'à la marge par son approche. D'abord, cette analyse dit peu de choses de la création des instruments génériques. Comment sont-ils créés ? À quels propos et quels besoins s'adressent-ils à l'origine ? Shinn considère ici que les créateurs sont d'abord concernés par la flexibilité de leurs outils, mais est-ce vraiment le but qu'ils poursuivent au départ ou bien s'agit-il d'une incidence secondaire de leur travail ? Surtout, affirmer que les instruments génériques jouent un rôle central dans la convergence intellectuelle d'un champ scientifique requiert de montrer comment et pour quelles raisons leur usage s'est répandu. Ce processus de diffusion, qui reste chez Shinn implicite, mérite d'être décrit dans le détail, sauf à penser que la qualité des instruments suffit à susciter leur propagation.

En vue d'éclairer ce problème, on se propose de suivre pas à pas l'accès de la psychiatrie aux sciences, accès qu'on peut faire remontrer au milieu des années 1960.

Cette étude portera sur la question qui a constitué le cœur des programmes d'investigations, des controverses scientifiques et nosographiques de la discipline : à savoir *la caractérisation de la dépression* (Le Moigne 2003, 2008). De fait, cette caractérisation a dû lever de nombreuses interrogations. Fallait-il considérer les symptômes de la dépression comme la marque d'une pathologie ou d'une simple affliction (Wakefield et Demazeux 2016) ? Par ailleurs, si la dépression devait être reconnue comme un trouble mental, cela devait-il impliquer de renoncer à la distinction classique de la nosographie entre névrose et psychose ? Enfin, par sa nature même, le sentiment de détresse et d'humeur maussade devait-il être diagnostiqué par le psychiatre et lui seul, ou bien convenait-il dans ce cas d'offrir une légitimité nouvelle à l'expression et au jugement du patient ? (Le Moigne 2010).

Pour tenter de donner un éclairage à ces questions, ce chapitre s'appuie sur l'analyse de la recherche produite sur la dépression entre 1950 et 2000, telle qu'il est possible d'en rendre compte à partir des articles recensés par la base Psychinfo©. S'appuyant sur cette base de données, il s'est agi plus exactement d'étudier sur la période concernée, par les méthodes de la lexicographie, les notices (résumés et mots-clés) d'un échantillon significatif d'articles (N = 6.140), en vue de dégager l'organisation sémantique de ce champ de recherche ainsi que son évolution dans le temps[1]. Autrement dit, en cherchant à déterminer le mode de structuration de ce corpus, l'ambition de ce projet était de tenter d'apprécier *le rôle des dispositifs instrumentaux*, notamment de la nomenclature standardisée des troubles mentaux, dont la dépression, *dans l'institutionnalisation de la psychiatrie en tant qu'espace de recherche*. En ce sens, il s'est agi d'établir dans quelle mesure la référence aux outils pouvait être explicative de la distribution des parutions, et de l'organisation des thématiques de recherche dans le temps. Ce chapitre s'appuie également sur la lecture raisonnée des manuels classificatoires, des recueils de psychobiologie et de psychopharmacologie, parus durant la période considérée, en vue de retracer la formation et le mode de justification du modèle instrumental privilégié par la psychiatrie, et d'en comprendre l'essor. Enfin, l'analyse de ce corpus a été prolongée par l'interview des principaux acteurs qui, en France, ont contribué à diffuser les principes d'une évaluation standardisée pour la psychiatrie.

Cette analyse permet de montrer que la testologie clinique, qu'elle soit diagnostique ou appliquée à la mesure de l'efficacité thérapeutique, décrit une constante, à la fois autonome et structurante, de l'espace scientifique considéré : elle donne à voir de la manière la plus claire le rôle organisateur joué par l'instrumentation dans la recherche sur la dépression. Ce rôle a évolué dans le temps, et cette évolution reflète les étapes successives à travers lesquelles ce champ scientifique a été institué. Il est possible ici de

1. La présentation de la méthode et des résultats statistiques de cette recherche a été publiée dans (Le Moigne et Ragouet 2012).

mettre au jour un changement graduel, marquant le passage progressif d'une configuration scientifique dominée par une recherche centrée sur la confection de la nosographie, vers un nouveau régime d'activité dont le mode opératoire est la nosographie elle-même, et dont l'instrumentation est la cheville ouvrière. À la faveur de ce changement, la question de savoir quel instrument choisir, quelles données et quelles connaissances privilégier en la matière, qu'elles soient psychiatriques, psychologiques ou biologiques, a cédé le pas peu à peu à une préoccupation plus factuelle, telle que l'identification des comorbidités associées à la dépression ou encore la détermination de nouvelles voies de recherche en matière d'étiologie et de thérapeutique.

Ce passage a lieu à la fin des années 1980, période qui marque l'avènement d'une liste normalisée de standards. Cette liste peut être ramenée :

1) à un jeu limité de répertoires diagnostiques (ou d'échelles critères), dont le DSM-III (APA 1980) et les *Research Diagnostic Criteria* (Spitzer *et al.* 1978) ;

2) à une série réduite d'échelles d'évaluation destinées aux essais cliniques, pharmaceutiques en particulier, dont l'échelle de dépression de Hamilton (Hamilton 1960) pour le syndrome dépressif, et la *Brief Psychiatric Rating Scale* (Overall et Gorham 1962) pour la schizophrénie.

Ainsi, l'institutionnalisation de l'évaluation standardisée s'est construite sur la base d'outils conçus pour la plupart au cours des années 1960, mais qui n'ont produit leurs effets qu'après la publication du DSM-III en 1980[2].

Dans la mesure où l'objectif de cette recherche était de saisir les développements de la recherche sur la dépression dans le temps, il importait de pouvoir formuler une périodisation de cette évolution. Avant 1965, la dépression n'était pas considérée comme une entité distincte. Après cette date, trois catégories se détachent plus fréquemment : « dépression majeure », « dépression émotion » et « dépression endogène ». Il y a là une affirmation progressive de l'entité clinique dont le déploiement, pour en simplifier la présentation, peut être réduit à trois « moments-clés ».

2. Le DSM-III et les RDC font usage des critères de Feighner, l'inventaire diagnostique développé par l'École de Saint-Louis, à Washington, en 1972. L'article présentant cet inventaire (Feighner *et al.* 1972) figure parmi les 100 publications les plus fréquemment citées par la littérature scientifique entre 1961 et 1982, toutes disciplines confondues (Garfield 1984). Les articles présentant les échelles de Hamilton et d'Overall figurent également parmi les publications les plus fréquemment citées entre 1966 et 1977 (Garfield 1978 ; Briffault et Martin 2011). On doit donc à cette littérature, qui pour autant ne s'applique pas à une découverte scientifique, à un modèle explicatif ou à l'identification d'un phénomène, une contribution pour le moins substantielle à la communication scientifique.

1) L'expression *dépression-émotion* apparaît au cours des années 1950 et domine le corpus jusqu'au début des années 1980. Elle correspond à une définition du désordre de l'humeur qui identifie celui-ci, soit à la phase initiale de toute pathologie mentale, soit à une réaction d'apathie ou d'inertie émotionnelle face aux événements.

2) L'expression *dépression endogène* est utilisée dans une période brève mais décisive au début des années 1980, quand la psychobiologie s'est opposée aux définitions contextuelles (réactionnelles) ou psychogéniques (mentalistes) de la dépression. Cette psychobiologie cherchait à imposer une étiologie purement organique et un diagnostic strictement médical (physiologique) de l'affection, sans référence aucune à la psychopathologie et à ses différentes doctrines. En raison de son caractère radical, l'hypothèse « endogène » n'a dominé le champ que durant quelques années. Néanmoins, elle a offert une légitimité croissante et décisive à la perspective physiologiste, et à l'idée que la dépression constitue une entité discrète que la symptomatologie pourrait objectiver.

3) En ce sens, la fin des années 1980, quand l'expression *dépression majeure* devient totalement dominante, décrit une période à l'issue de laquelle la classification de la dépression s'institutionnalise sous le terme d'un nouveau diagnostic, dûment décrit et calibré par le type d'évaluation standardisée qui domine le champ depuis lors. Le texte détaille maintenant ces trois « moments ».

1.1. Premier moment : du modèle réactionnel aux premières hypothèses cliniques (1950-1977)

Aux États-Unis, avant 1945, la recherche en psychiatrie demeure tout à fait embryonnaire, et n'est financée ni par l'État ni par les fondations (Grob 1983). L'assise institutionnelle de la profession, procurée par les facultés de médecine et la pratique en milieu hospitalier, s'accompagne d'une diversité d'approches dominée néanmoins par le modèle dit « biopsychosocial » ou « réactionnel » d'Adolf Meyer, acteur pivot de la scène psychiatrique de l'entre-deux-guerres. Ce modèle offre une voie d'intégration aux approches neurologiques, mentales et contextuelles de la maladie : selon cette perspective, l'aliénation découle d'une vulnérabilité organique qui, lorsqu'elle se conjugue à des événements biographiques, conditionne chez l'individu la réorganisation de sa vie psychique – *une réaction* (Sadler *et al.* 1994). La méthode diagnostique se fonde sur les symptômes mais également sur la biographie du patient, et le soin met d'abord l'accent sur les thérapies de choc telles que l'insulinothérapie ou la sismothérapie. Après-guerre, le développement de la clinique mentale dans l'hôpital général, sous l'égide particulier de la « psychiatrie de liaison », participe d'un mouvement d'ensemble acquis au plébiscite d'une médecine holiste, c'est-à-dire opposée à la fragmentation du soin en spécialités et à la division de l'individu en de multiples fonctions. La place prépondérante

de la psychanalyse dans la formation des psychiatres, de même que l'influence exercée par le modèle psychosomatique en médecine, illustre la sensibilité de l'époque *aux approches globales de la personne* (Lawrence et Weisz 1998). Rapportée à ce modèle, l'introduction progressive de l'entité dépressive au sein de la nosologie trahit l'émergence d'une conception dominée moins par l'unité que par *la singularité des personnes* – leur idiosyncrasie. Ce nouvel intérêt soumet le jugement clinique à deux difficultés :

1) elle ouvre la réflexion nosologique à une économie du sujet qui reconnaît l'éligibilité de la plainte individuelle, donc la capacité d'autodiagnostic du patient ;

2) par retour, cette reconnaissance pénètre le domaine de la cure en obligeant la psychiatrie à tenir compte de la subjectivité du thérapeute et à interroger, par rebond, sa prétention à la neutralité et à l'autorité dans la relation clinique.

1.1.1. *De l'inertie dépressive à la différenciation de l'affection mentale*

En 1950, la dépression n'est pas encore constituée en objet de recherche. Elle incarne un processus beaucoup plus générique : la perturbation de l'humeur est assimilée à l'élément déclencheur de toutes les pathologies mentales. Cette perspective est héritée des thèses de l'organopsychisme, et du jacksonisme en particulier, pour lesquelles la maladie marquerait la subordination progressive des fonctions évoluées (mentales) par les fonctions primitives (émotionnelles) de l'organisation cérébrale. L'analyse des thématiques de recherche permet néanmoins de dégager deux domaines d'investigation, propices à une différenciation relative du processus dépressif, dominés pour l'un par la neurologie, et pour l'autre par la psychanalyse.

La neurologie cherche à cette époque à identifier les processus cérébraux qui conduisent à l'absence de réaction (*avoidance*) face au danger ou face aux gratifications. Ce type d'apathie est contraire aux théories du conditionnement ou de l'apprentissage qui, depuis Cannon, n'admettent que deux réflexes possibles devant un péril : le combat ou la fuite (*fight or flight*). L'inertie pourrait être expliquée dans ce cadre par une anomalie cérébrale (une lésion) ou par le déclin graduel de la transmission électrique du cerveau, processus dit de *dépression envahissante* (*spreading depression*), éventuellement suscité par une exposition durable au stress (Young 1995 ; Dupont 1997). De son côté, la recherche psychanalytique est mobilisée à deux titres. Au plan étiologique d'abord, elle cherche à appréhender, à travers la dépression, les mécanismes (perte d'objet, défaut d'identification) qui conduisent à la dilution du Moi et à l'affaissement du sujet sur lui-même. C'est, en première instance, l'accès mélancolique qui est visé par cette production et décrit, en second lieu, sur le plan diagnostique. L'accès est, en raison des bouffées délirantes qui l'accompagnent, inclus dans les manifestations psychotiques. Selon la littérature, son traitement requiert une prise en charge hospitalière, de type asilaire,

soutenue par la sismothérapie (*electroconvulsive shock therapy*) ou, comme pour la schizophrénie, par la prescription de neuroleptiques (chlorpromazine). Les psychothérapies semblent en revanche peu indiquées. La littérature reste donc particulièrement sensible au découpage des expressions pathologiques entre psychoses et névroses. Les manifestations de délire marquent la ligne de partage entre les deux types d'affections. L'extrême auto-dévalorisation de soi, même si elle peut être passagère, comme la notion d'épisode le souligne dans les termes, marque une affection grave, susceptible de conduire au suicide. En revanche, comme le soulignent de nombreux articles à cette date, hors de la mélancolie ou de la psychose maniaco-dépressive, la dévalorisation de soi désignerait plutôt le stratagème par lequel certains sujets tentent de masquer leur insuffisance ou de se dédouaner de leurs fautes (Barke *et al.* 2000).

Il faut attendre les années 1960 pour que la dépression soit constituée en entité et en objet de recherche. En psychologie clinique, sa caractérisation sera l'occasion d'une opposition nourrie entre les perspectives *cognitivistes* et *comportementalistes* qui dominent depuis lors la spécialité. À cette occasion, les facteurs biologiques, mentaux et sociaux, traditionnellement imbriqués par la psychopathologie, sont différenciés sous l'égide de théories autonomes. La psychologie clinique met, pour sa part, l'accent sur le rôle exercé par les représentations du patient et, plus marginalement, par sa vie relationnelle, tandis que la psychobiologie se centre sur la recherche des causes organiques de la pathologie.

En psychologie, la thèse cognitiviste d'Aaron Beck reste sans doute la plus connue, et la plus fréquemment citée. Beck se réclame d'un constructivisme psychologique ; il considère que la société contemporaine a atteint un niveau de complexité tel qu'aucune règle prescrite n'est plus en mesure d'orienter l'action ou de lui donner sens. Dans ce contexte, les individus sont contraints d'élaborer leurs propres codes. Cette réflexion le conduit à proposer le concept de « schéma » qu'il définit comme l'ensemble « des attitudes, des croyances et des assomptions qui influencent la manière avec laquelle l'individu s'oriente lui-même face à une situation, en reconnaît et qualifie les éléments saillants, et en conceptualise l'expérience » (Beck 1964, p. 561). La dépression implique un schéma de pensée qui enferme, selon son expression, une « triade négative » : celle-ci se caractérise par la dépréciation de soi, le pessimisme à l'égard du monde et par une anticipation défaitiste du futur. Pour Beck, si cet univers mental ne peut être assimilé à la déréalisation du psychotique, il n'en traduit pas moins une distorsion cognitive, c'est-à-dire une erreur de jugement. Cette dérive provient selon lui d'un excès de subjectivation. Il est ainsi amené à penser que « les désordres affectifs sont secondaires dans la dépression, ou qu'ils interagissent avec les distorsions cognitives résultant de la domination progressive des processus de la pensée par des schémas idiosyncrasiques » (Beck 1963, p. 324).

Deux autres thèses dominent la psychologie de la dépression. Peter Lewinshon, en behavioriste, met en avant l'effet d'un défaut de compétence sociale (*social skills*). Par compétence sociale, il faut entendre l'acquisition d'un style de conduite susceptible d'encourager la gratification du sujet par autrui et capable, par suite, de renforcer l'individu dans l'estime de soi (Lewinshon *et al.* 1978). L'approche défendue par Martin Seligman représente un moyen terme entre les thèses cognitivistes et comportementalistes. La dépression traduit selon lui une série de déficits (cognitifs, motivationnels, émotionnels) induit par la confrontation de l'individu à une situation incontrôlable. Seligman fait observer qu'un chien soumis à des décharges électriques aléatoires n'est plus en mesure d'y faire obstacle, quand bien même il lui suffit de sauter une barrière pour s'y soustraire. Cette absence de réaction aurait selon Seligman une origine cognitive : l'animal a appris à considérer que sa conduite n'exerce aucun effet sur la situation. Il désigne ce processus d'apprentissage de type fataliste sous le terme « d'impuissance apprise » (*learned helplessness*) (Seligman 1975)[3].

Du côté des nouvelles psychanalyses, on voit apparaître un intérêt nouveau pour la subjectivité du patient qui croise, plus ou moins directement, la question de la dépression. En premier lieu, la caractérisation de l'économie psychique et de l'étiologie des troubles n'est plus fondée sur la présomption de mécanismes inconscients, pulsionnels et refoulés, mais sur la présomption d'une inadéquation à soi. Ainsi, selon la thèse défendue par Karen Horney, la névrose résulte de l'exhortation collective à la réussite professionnelle : celle-ci obligerait l'individu à un investissement personnel trop coûteux qui le condamnerait à renoncer à son Soi authentique (*Real Self*) (Horney 1950). Selon la *Self-Psychology*, qui se développe à la même époque, la dépression dénote une forme d'attention extrême pour soi qui survient lorsque le sujet est convaincu que ses besoins et désirs les plus authentiques ne peuvent être satisfaits. La souffrance se déduit ici d'un sentiment d'inaccessibilité à soi-même, induit par le fait que le sujet a tendance à s'assigner des buts irréalistes (Street *et al.* 1999).

En résumé, un des éléments moteurs qui concourt à la manifestation d'un intérêt nosologique plus évident pour la dépression semble bien se déduire d'une conception nouvelle et différente du patient, acquise à l'autonomie de l'individu, sous la bannière du

3. Dans un esprit assez proche, Helen Street et son équipe ont dégagé, à partir de l'analyse du réseau sémantique de 27 théories de la dépression, 4 polarités interprétatives. « La première de ces aires a trait aux biais cognitifs qui concourent au traitement négatif de l'information, aire qui s'oppose aux effets de renforcement que les relations sociales sont susceptibles d'exercer sur la dévalorisation de soi. Un troisième secteur explicatif insiste sur l'incidence du manque de soutien social positif, perspective qu'il est possible d'opposer aux interprétations qui mettent l'accent sur l'engagement prolongé du sujet dans la poursuite de buts irréalistes. » (Street *et al.* 1999, p. 175).

Soi (Ehrenberg 1998). Mais, cette « montée du sujet » place la clinique devant deux dilemmes inédits :

1) en ouvrant la nosologie à l'économie du Soi, et aux facultés qui lui sont généralement associées, cette perspective reconnaît en probabilité au patient, et à l'introspection, une capacité de diagnostic qui met à mal l'autorité du clinicien en la matière ;

2) par voie de conséquence, si la subjectivité du patient répond en probabilité aux conditions d'un savoir éligible et utile à la connaissance du trouble, il importe de l'inclure dans la relation clinique, ce qui oblige à questionner par rebond l'effet attribuable aux inclinations dont serait porteur de son côté le thérapeute (Le Moigne 2010). À ce jeu, la question d'une détermination impartiale de l'affection mentale se complexifie nettement. Un tel processus tend à battre en brèche la confiance placée jusque-là dans le diagnostic déduit des observations du psychiatre. Cette difficulté va se traduire en clinique par un regain d'intérêt marqué pour le problème de la relation entre le patient et le thérapeute et susciter, notamment en psychanalyse, la formulation de solutions tendant à ériger la subjectivité en instrument de connaissance.

1.1.2. *La personnalisation de la cure : la subjectivité comme instrument de connaissance ?*

Ainsi, la diffusion de la position subjectiviste entraîne une série de changements qui, non seulement, affectent la conception de la relation clinique mais qui, plus largement, suscitent une remise en cause de la prétention du jugement clinique à l'objectivité. La perspective conduira dans une large partie la psychanalyse américaine à défendre un relativisme dont elle ne se relèvera pas. Pour le courant de la *Self-Psychology* en particulier, la souffrance se déduit d'un sentiment d'inaccessibilité à soi-même. Pour y remédier, il importe que le clinicien donne à voir du sujet une image qui le confirme, en projetant devant lui une représentation tangible de son Soi (Kohut 1971). Cette perspective inaugure une nouvelle modélisation de l'échange thérapeutique. Le modèle du transfert/contre-transfert de la tradition psychanalytique est ancré dans un schéma d'asymétrie relationnelle. L'objectivation de la pathologie et de ses mécanismes sous-jacents dépend d'un cadre d'interaction où le thérapeute est censé jouer le rôle d'un miroir, neutre et désinvesti. Cette condition d'échange est remplie tant qu'on associe la position du clinicien à celle d'une figure impersonnelle, d'une « autorité réfléchissante », et qu'on conçoit le patient sous l'angle d'un sujet appelé à projeter ses fantasmes sur la personne du psychanalyste (Freud 1957).

Cette conception est remise en cause, à partir de la fin des années 1950. Les psychanalystes Elisabeth Zetzel et Ralph Greenson ont sans doute exercé ici une influence décisive (Hale 2000). Ils plaident en faveur d'une modélisation plus interactive

de l'échange. Pour reprendre leur propre expression, la cure doit désigner une « thérapie de l'alliance » (Zetzel 1966 ; Greenson 1971). La *Self-Psychology* élargit ce propos en redonnant corps à une conception de l'acte de connaissance longtemps combattue par la psychologie : *l'introspection* (Kohut 1959). Ici, l'ambition d'offrir au patient une image authentique de lui-même impose au thérapeute d'être capable de se projeter, *par empathie*, dans l'identité de son interlocuteur afin d'en saisir les particularités. Et c'est parce que le clinicien possède en lui la part d'expériences qui affecte le patient qu'il est capable de reconnaître dans son mal-être une douleur dont lui-même a déjà souffert ou pourrait souffrir. C'est donc en puisant, par introspection, à sa propre intériorité que l'analyste devient capable en probabilité d'offrir au patient l'image de soi que celui-ci n'est plus en mesure d'apercevoir[4].

Ce modèle d'intervention invite le thérapeute à utiliser son expérience comme matériau et procédé. Autrement dit, *cette vision sollicite la subjectivité au titre d'un instrument de connaissance*. Mais, cette intention conduit, par rebond, à fouiller toujours un peu plus les inclinations personnelles du clinicien et finalement à mettre en doute sa capacité à l'objectivité. En faisant dépendre la compétence thérapeutique d'une expertise personnelle, les nouvelles approches de la clinique ne paraissent plus engager qu'un savoir purement individué et local, soumis à l'incommensurabilité des points de vue, des circonstances ou des idiosyncrasies. Cette ouverture au relativisme a conduit certains cliniciens à revendiquer pour la cure, à partir des années 1980, moins une connaissance positive qu'un procédé utile à la reconnaissance d'autrui (Lazar 2001). À travers la critique adressée à la tradition freudienne, cette psychanalyse a pu ainsi considérer la cure dans les termes d'un pur « mutualisme », son savoir ne devant plus qu'à la rencontre de deux subjectivités (Lazar 1998 ; Hale 2000).

La relativisation du savoir clinique est patente dès le début des années 1950 et se mesure à un premier indicateur : la psychothérapie est constituée en objet d'étude (Le Moigne 2008). Ainsi, la psychologie de l'Ego, en dépit de sa filiation freudienne, reconnaît le dénuement technique de l'analyste et exige de clarifier par des critères plus tangibles la manière de conduire l'interprétation, de recueillir les indices et de les relier entre eux (Hale 2000). Dès 1952, Eysenck, l'un des psychologues psychométriciens les plus opposés à la psychanalyse, conteste l'efficacité de la cure en mettant en cause le caractère probatoire des études de cas fondés sur le témoignage isolé du thérapeute

4. Ce subjectivisme marque le retour en force de la pensée de William James en psychologie. L'intérêt pour le Soi, et pour l'estime de soi en particulier, ou bien encore pour l'introspection, qui sont au cœur de ses *Principles of Psychology* publiés en 1890, a en effet été quasiment éclipsé en psychologie entre 1900 et 1950 aux États-Unis par la domination du behaviorisme, en raison de la prévention de celui-ci contre l'étude de l'activité mentale (Baumeister 1987 ; Leary 1990 ; Coon 1993 ; Danziger 1997 ; Carson 1999 ; Le Moigne 2014).

(Eysenck 1952). Ainsi, progressivement, la psychanalyse admet la nécessité d'étudier les opérations techniques et interprétatives de la cure et de se constituer elle-même en objet de recherche. David Rapaport entame ainsi au début des années 1960 une étude systématique des processus engagés au sein de la thérapie à partir de l'enregistrement sonore des séances (Rapaport 1960). Il y a là l'amorce d'une activité d'évaluation qui ne cessera de croître durant les années 1970 et 1980, notamment face aux exigences du système de soin lorsque le remboursement des psychothérapies sera suspendu à la démonstration de leur efficacité (Barton 1987 ; Menninger et Nemiah 2000).

Le deuxième aspect du changement est relatif au statut du patient. Acteur et non plus seulement cible de l'intervention, celui-ci paraît dès lors capable de mobiliser une conscience étiologique et thérapeutique, ou encore une compétence personnelle opposable à l'autorité du psychiatre ou du psychologue. La revendication de cette capacité réflexive et diagnostique aiguille alors, par exemple, la lutte du mouvement des droits civils et des libertés individuelles contre l'usage des questionnaires psychométriques à des fins de sélection professionnelle ou de dépistage médical. Cette contestation ira jusqu'à mettre en péril l'emploi de l'instrumentation élaborée par les disciplines du mental, ces tests étant menacés d'interdiction par le Congrès en 1962. Cette menace sera néanmoins levée par l'amendement Tower en 1967 qui attribuera à l'*American Psychological Association* le mandat d'expertiser et de valider l'ensemble des tests produits dans ce domaine (Buchanan 2002).

La crise d'autorité du jugement clinique se mesure également à la différenciation de plus en plus formelle de la pratique thérapeutique à l'égard de l'activité de recherche (Meehl 1954)[5]. Devant l'érosion que la montée du subjectivisme tend à appliquer à la possibilité d'une connaissance psychiatrique, de nombreux professionnels se rallient au développement des neurosciences (Menninger et Nemiah 2000). En ce sens, la polarisation biologique de la psychiatrie après 1965 implique le subjectivisme : la quête d'une objectivité physiologique prolonge cette perspective en cherchant, au-delà d'elle, à doter la discipline d'un principe de discrimination et de généralisation qui, dans le contexte professionnel des années 1960, ne paraît plus pouvoir être attendu de la clinique. Ce contexte appelle une demande d'objectivité nouvelle, à la fois par son intensité et sa forme : il n'y est pas seulement question de discriminer les troubles mentaux, par une

5. À partir de 1965, les articles se réclamant de l'approche analytique disparaissent des revues majeures de la psychiatrie américaine. Les chaires universitaires, traditionnellement occupées par les analystes, sont affectées aux neurosciences (Shorter 1997). Au-delà du recul de la psychanalyse, c'est le lieu de la connaissance psychiatrique qui paraît s'être déplacé : le savoir clinique est relégué à une position secondaire, toutes obédiences thérapeutiques confondues, tandis que la recherche conduite en laboratoire ou au moyen d'études populationnelles devient la règle.

identification tangible, mais de faire en sorte que cette discrimination soit réalisée, pour reprendre l'expression de Lorraine Datson, « hors de toute perspective », contextuelle et surtout personnelle (Datson 1992)[6].

1.2. Deuxième moment : essor et limites de la neurochimie du cerveau (1978-1984)

À partir de 1965, le *National Institute of Mental Health* (NIMH) donne un véritable élan à la recherche conduite en psychobiologie et réduit, en contrepartie, son soutien à la psychothérapie (Menninger et Nemiah 2000). Ce changement de cap fait écho aux innovations réalisées durant les années 1950 dans deux secteurs pour partie indépendants. D'une part, l'invention du microscope électronique et la découverte de la synapse offrent une confirmation décisive à l'hypothèse chimique de la transmission cérébrale, contre la thèse électrique qui prévalait jusque-là (Dupont 1997). D'autre part, l'introduction des premiers médicaments psychotropes paraît donner corps à l'hypothèse d'une rémission neurochimique de la maladie mentale. Cette convergence d'indices tend à suggérer que l'étiologie des affections peut être découverte et leur existence démontrée de manière formelle au moyen d'indices physiologiques. Toutefois, comme le montre clairement l'histoire de la psychobiologie de la dépression, la découverte de tels indices impliquait

6. Comme le souligne Datson, la question de l'objectivité scientifique a d'abord été structurée par une vision ontologique ou mécanique, marquée par l'intention d'atteindre la structure ultime de la réalité dans un cas, ou de la restituer de la manière la plus formelle, hors du recours à la conscience ou à l'interprétation, dans l'autre (Datson 1992). L'affirmation de cette vision naît d'une critique du rationalisme et de l'empirisme, c'est-à-dire de la possibilité d'une objectivité immédiate ou transparente, nourrie dans un cas par une raison pure, contemplative et connaissante, dans l'autre, par une nature capable de communiquer son essence. Entre la conscience et la réalité, la recherche a dû faire l'aveu de l'effet de distorsion exercé par les sens, les projections ou le pouvoir. Mais, l'impératif de neutralisation des manifestations de la subjectivité, comme le rappelle pour sa part Allan Megill, n'a pas immédiatement rendu nécessaire la convocation des instruments (Megill 1994). Elle a d'abord appelé l'affirmation d'un code moral, d'une forme de probité, redoublée par la contrainte collective exercée par le système académique et disciplinaire. L'ambition de neutraliser les jugements personnels ou sociaux au moyen d'une objectivité instrumentale et procédurale n'est advenue que plus tard. Comme le souligne Theodore Porter, la statistique, à travers les procédures d'échantillonnage et l'emploi des tests de signification, incarne à bien des égards l'exercice de cette science dite impersonnelle et neutre. Mais, cette vision de l'objectivité n'est encore guidée que par l'imposition d'une pratique publique de la science, et s'avère proche en cela des critères qui guident la raison bureaucratique (Porter 1986, 1993 ; Gigerenzer 1987). Ce n'est qu'à la fin du XIX^{e} siècle que l'objectivité a, selon Datson, tendu à signifier pour la première fois l'élimination de toute idiosyncrasie. Ici, l'intention d'extraire la recherche de « toute perspective », selon son expression, n'a constitué une priorité qu'à partir du moment où la subjectivité a cessé d'être associée à un point de vue moral ou de sens commun, ou encore à une opinion guidée par l'intérêt, pour désigner le biais induit par l'irréductible particularité du sujet (Datson 1992 ; Datson et Galison 2007).

d'abord que les expressions mentales, comportementales et émotionnelles de la pathologie soient elles-mêmes clairement fixées.

1.2.1. *L'hypothèse endogène*

L'identification de la synapse au moyen du microscope a donné un ascendant considérable non seulement à la théorie biochimique de la neurotransmission mais à l'hypothèse de *la détermination endogène* du trouble mental. Depuis les années 1950, toute une série d'expériences – celles de Walter Heiss, James Olds et Peter Milner ou encore de Bengt Anderson – semble confirmer l'endogénéité des émotions et par suite de son trouble. Cependant, il reste qu'on ne sait pas encore à quel substrat biologique en imputer l'origine ni quels pourraient en être les mécanismes d'action, de sorte que la pathophysiologie de la dépression continue de se dérober à la connaissance. Dès le début du XX^{e} siècle, des recherches sont entreprises sur le système nerveux sympathique. Ce système agirait sur la glande adrénale dont l'extrait a été nommé épinéphrine puis commercialisée sous le nom d'adrénaline. Henry Dale, l'un des principaux représentants de la théorie chimique de la transmission cérébrale montrera que c'est en réalité la noradrénaline qui est responsable des effets produits par la glande adrénale et le système sympathique. En effet, depuis les années 1950, il est devenu possible par fluorescence de différencier les amines biogéniques essentielles, c'est-à-dire les neurotransmetteurs identifiés depuis sous les noms de noradrénaline, sérotonine et dopamine. Ceux-ci s'accumulent à l'extrémité des neurones et sont déchargés dans la synapse lorsque le neurone est excité (Carlsson 1990).

Sous l'influence de John Gaddum, et surtout de Bernard Brodie et d'Arvid Carlsson du *National Institute of Health* (NIH), la recherche tend à considérer que l'anomalie que représente l'affection mentale pourrait être issue du blocage de l'émission des neurotransmetteurs (Carlsson 1990). Il y avait là en germe l'explication du principe actif du premier antidépresseur connu : l'iproniazide. Les neurotransmetteurs sont normalement stockés dans une poche, appelée vésicule synaptique, localisée à la terminaison de la synapse, sur les récepteurs présynaptiques. Lorsque le neurotransmetteur est libéré, il est dégradé ou inactivé par une enzyme appelée monoamine oxydase. Lorsque cette dégradation est excessive, la transmission neuronale, via la synapse, est réduite et suscite un déficit de l'activité cérébrale qui pourrait être à l'origine de la dépression. Le rôle de l'iproniazide serait d'inhiber l'action de l'enzyme et de prolonger par voie de conséquence la circulation du neurotransmetteur jusqu'au récepteur postsynaptique, améliorant ainsi la communication neuronale, d'où sa désignation comme inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO). Cette explication soulevait un problème néanmoins : les seconds antidépresseurs, dit *tricycliques*, n'agissent pas sur la monoxydase. Julius Axelrod, qui a travaillé dans le laboratoire de Brodie avant de diriger sa propre structure au NIMH en 1955, propose un autre mode d'explication en 1961 (Iverson *et al.* 1957).

Il recevra d'ailleurs le prix Nobel en 1970 pour ses recherches sur le métabolisme des amines biogéniques. Seymour Kety, qui dirige alors le programme de recherche du NIMH, lui offre de travailler sur des extraits d'adrénaline et de noradrénaline, préalablement traités au tritium radié. Cette technique permet d'évaluer la part des bioamines injectés qui pénètrent effectivement dans les cellules cérébrales. Axelrod montre à cette occasion que la monoamine oxydase ne clôt pas l'activité des neurotransmetteurs. Cette activité est interrompue par la réabsorption (recapture) de l'amine biogénique par le récepteur présynaptique qui l'a libérée préalablement (Carlsson 1982). L'injection des antidépresseurs tricycliques aurait ainsi pour effet d'augmenter l'activité neuronale, précisément, en limitant la réabsorption du neurotransmetteur par la synapse (Valenstein 2002).

L'hypothèse de l'autostimulation cérébrale et du substrat aminergique du trouble de l'humeur permet de redonner corps au thème de l'endogénéité, c'est-à-dire à une causalité de facture proprement biologique, chère à la tradition classificatoire héritée d'Emil Kraepelin (Blashfield 1984). De la même manière, avec la neurobiochimie, la psychiatrie intègre le mode de caractérisation dit par « spécificité », chère à la tradition pharmacologique (Wagner 1986). Selon ce principe, un agent thérapeutique doit traiter une pathologie en propre, l'efficacité du produit étant soudée à la présomption d'une étiologie elle-même discrète ou spécifique. Ici, l'idiome – une maladie, une cause, un traitement – est cardinal. Depuis, la recherche a remis en cause l'idée d'une correspondance parfaite entre molécules thérapeutiques, neurotransmetteurs et entités nosographiques. Non seulement les antidépresseurs agissent sur un spectre bio-aminergique beaucoup plus large qu'on ne pouvait le penser, mais ils paraissent également efficaces dans de nombreuses affections (Carlsson 1982). De fait, jusqu'à ce jour, la caractérisation de l'efficacité des médicaments psychotropes dans le traitement des maladies mentales n'a connu aucune avancée majeure (Schou 1997). Pourtant, la perspective d'un diagnostic proprement médical de la dépression avait soulevé ici de nombreux espoirs.

1.2.2. *L'échec du diagnostic médical de la dépression*

Pendant longtemps, l'identification des substrats physiologiques a procédé, à la manière de l'investigation anatomique, par inférence : faute de pouvoir inspecter directement l'activité du cerveau, l'observation a porté sur les résidus (métabolites) de cette activité recueillis dans le liquide cérébro-spinal, par ponction lombaire, les urines ou les plaquettes sanguines. L'introduction de la spectroscopie de fluorescence a permis d'avancer dans la visualisation et la quantification des neurotransmetteurs, directement à partir de la cellule nerveuse. Aujourd'hui, l'imagerie cérébrale, qu'il s'agisse de la tomographie par émission de positrons ou des images obtenues par résonance magnétique, offre de nouvelles perspectives : le scanner du cerveau rend possible l'étude régionale

de l'activité neuronale, et permet de saisir quelle est la part de cette activité qui est engagée dans l'exécution de tâches précises, ou qui est affectée chez les individus qui présentent des troubles analogues (Marsella *et al.* 1987). Cet appareillage appuie aujourd'hui une orientation de recherche qui n'est plus directement fondée sur l'étude de la neurotransmission mais plutôt sur l'approche des fonctions et de l'organisation neurologiques du cerveau.

Il reste néanmoins que la connaissance et la caractérisation de la pathologie mentale ne peuvent être tout à fait déduites d'une identification physiologique : il importe de disposer au préalable d'une sémiologie diagnostique permettant de discriminer la maladie. Ainsi, vouloir établir que l'activité cérébrale du déprimé est significativement différente suppose en amont deux types d'opérations. D'abord, ce type de démonstration implique de se référer à un « cerveau de référence », c'est-à-dire à une structure cérébrale « normale », généralement obtenue à partir du scanner de personnes dites « saines ». Ensuite, la comparaison de cette image de référence à celle obtenue auprès de déprimés suppose de disposer également d'une grille de signes permettant de sélectionner les patients (Beaulieu 2001). Autrement dit, l'ensemble de l'opération doit mobiliser en amont, pour la qualification des états sains comme des états morbides, une critériologie diagnostique.

L'échec de l'explication hormonale de la dépression est ici tout à fait significatif. En effet, la recherche biologique a cru au décours des années 1980 pouvoir disposer d'un test biologique de l'affection absolument discriminant. Il existe en médecine des tests biologiques de ce type : ainsi, par exemple, la présence de glucose dans les urines suffit à établir la présence d'un diabète. Le symptôme *est* la maladie dans la mesure où il n'existe pas d'autres cas de figure où du sucre peut être décelé dans les urines (Canguilhem 1994). La psychobiologie de la dépression a cru détenir dans les années 1980 *un critère d'identification* de ce type à travers la dexaméthasone, qui lui permettrait de rivaliser efficacement avec l'observation clinique et la sémiologie psychiatrique. La dexaméthasone est une hormone synthétique qui reproduit les effets du cortisol (hormone adrénocorticale). Les récepteurs de cette hormone sont situés dans l'hypothalamus, région du cerveau impliqué dans les mécanismes physiologiques de l'émotion. Lorsque l'hypothalamus détecte un niveau trop élevé de cortisol, il commande à la glande pituitaire de réduire sa réalisation.

Les études d'endocrinologie laissaient entendre que les patients déprimés présentaient des niveaux anormalement élevés de cortisol. Cette anomalie était congruente avec la caractérisation de la dépression sous l'angle de l'hyperémotivité. L'injection de dexaméthasone, puis le recueil de ses métabolites dans les urines, permettaient d'observer que les déprimés supprimaient plus vite l'hormone de synthèse, comparés aux patients asymptomatiques, anxieux ou psychotiques. L'explication qui fut donnée de ce phénomène

est simple : les déprimés, confrontés à une suractivité émotionnelle constante, sont habitués à réduire plus rapidement la réalisation de cortisol. C'est là l'origine du test dit de suppression de la dexaméthasone (*Dexamethasone Suppression Test* ou DST) qui sera discuté par la littérature psychiatrique durant l'ensemble des années 1980 (Caroll *et al.* 1981). L'enjeu était d'importance puisque l'affirmation d'une critériologie exclusivement biologique revenait à promouvoir un diagnostic médical de la dépression, en lieu et place de la sémiologie psychiatrique. En réalité, on a pu établir par la suite que le DST mesurait, non pas une anomalie de l'activité cérébrale, mais un des effets de la baisse d'appétit (Mullen *et al.* 1986). Les expériences conduites sur des individus soumis à une diète délibérée ont fait apparaître des signes anormaux de suppression, en dehors de toute symptomatologie dépressive. La confusion serait née du fait que la perte d'appétit est un signe caractéristique de la dépression.

Par conséquent, la neurobiologie s'est retrouvée dans la même situation que la psychopharmacologie : comme elle, elle n'avait pas d'autre choix que de s'en remettre à la caractérisation de la maladie proposée par la nosographie psychiatrique, et de poursuivre ses recherches en tentant d'établir des corrélations entre les informations physiologiques qu'elle recueille et les symptômes retenus par la nomenclature des troubles[7]. Autrement dit, faute d'une caractérisation de l'objet qui pourrait être fondée de manière unilatérale, la mise en œuvre des dispositifs techniques de la neurobiologie et de la psychopharmacologie requiert le préalable de la catégorisation clinique. Cette contrainte place la psychopathologie en position de force, bien qu'elle-même soit tenue, comme on va le voir, de considérer les résultats de la recherche biochimique en vue de fonder sa nomenclature.

1.2.3. *La sémiologie psychiatrique ou la référence obligée*

L'espace de recherche consacrée à la dépression se restructure, à la fin des années 1970, autour de trois polarités.

7. Cette contrainte a été soulignée très tôt. En 1962, l'amendement Kefauver Harris impose aux laboratoires pharmaceutiques de démontrer l'efficacité et l'innocuité des produits qu'ils présentent à la commercialisation, obligation qui commandera à la psychopharmacologie de s'appuyer sur une symptomatologie standard (Healy 1997). De son côté, la *Williamsburg Conference on Depression*, qui s'est déroulée en 1969 sous l'égide du NIHM, a mis au jour la nécessité, pour la biologie, de disposer de critères diagnostiques partagés. Cette conférence est à l'origine des *Collaborative Studies Programs* du NIHM qui, dans une perspective interdisciplinaire, ont cherché à favoriser l'imbrication des savoirs issus de la clinique, de l'épidémiologie, de la pharmacologie et de la biologie. Au début des années 1970, cette politique a suscité le *Collaborative Program on the Psychobiology of Depression* qui a exercé une influence capitale sur l'organisation de la nomenclature standardisée des troubles mentaux (Marsella *et al.* 1987).

1) *La psychologie clinique* fonde son propre périmètre d'investigation et de débats, et tend à se différencier de la psychopathologie psychiatrique. La caractérisation de la dépression est l'occasion d'oppositions multiples au sein de la spécialité, entre les partisans des théories de la distorsion cognitive, de l'impuissance apprise ou de l'incompétence sociale. C'est également durant cette période que la psychologie clinique construit ses propres modèles thérapeutiques, essentiellement cognitivistes et comportementalistes (Marsella *et al.* 1987).

2) Un second pôle se forme autour de *la recherche neurobiochimique*. Il est d'abord question ici de l'étiologie endocrinienne du trouble. Un second espace d'investigations est mobilisé par la démonstration d'efficacité des antidépresseurs et cherche, par extension, à rendre raison à l'étiologie bioaminergique de la dépression. L'entreprise vise en particulier à déterminer dans quelle mesure les thérapeutiques présentes, par leur spécificité et leur spectre d'efficacité, pourraient contribuer au diagnostic différentiel des patients dépressifs, maniaco-dépressifs ou encore schizophrènes, et confirmer ou infirmer les découpages catégoriels introduits par la sémiologie psychiatrique.

3) Le troisième et dernier pôle est consacré, précisément, à *la psychopathologie quantitative de la dépression*. Cet axe a trait à la fiabilité et à la validité des échelles diagnostiques, des typologies ou des inventaires nosographiques de la morbidité, ainsi qu'à la mesure de la sévérité de la pathologie et à l'évaluation de sa rémission sous thérapeutique.

Les trois polarités, qu'on dépeint ici à grands traits, peuvent, à la lumière du corpus étudié, être réunies à l'intérieur d'un même article. C'est d'ailleurs l'une des raisons qui expliquent la constance ou la centralité de la métrologie dépressive dans la littérature dépouillée. Plus exactement, il est possible de différencier les articles qui traitent en propre de la méthodologie, de la technique de construction et de la robustesse des échelles diagnostiques, d'une part, des publications qui se réfèrent à ces critères et à ces instruments, comme en biologie ou en pharmacologie par exemple, en vue de produire leur protocole de recherche. Toutefois, dans ce cas, le renvoi à l'instrumentation clinique ne s'apparente pas à une simple note de méthode. D'abord, l'enjeu présenté par la caractérisation de la dépression impose aux rédacteurs de faire mention de leurs critères de sélection. Ensuite, le jeu de forces qui noue entre elles les spécialités sur le terrain de la confection et de l'imposition d'un standard diagnostique les invite à se référer aux grilles nosographiques en vue de faire admettre, par extension ou comparaison, la supériorité d'un test biologique ou d'une épreuve pharmacologique.

Ainsi, jusqu'au milieu des années 1980, l'espace de recherche est surtout structuré par la caractérisation de la pathologie. Cet enjeu impose ses contraintes et son mode de compétition. La détermination d'un standard domine la problématique collective de recherche, et fonde à la fois le modèle organisateur du jeu argumentaire, opératoire et

relationnel partagé par les chercheurs. Puis, ce front d'opposition, où la recherche paraît d'abord préoccupée par le diagnostic et la nosographie, fait place à une période plus contemporaine, qu'on peut situer à l'orée des années 1990, où elle semble plutôt se consacrer aux limites enregistrées par la thérapeutique, en matière de résistance ou de rechute, à la qualité de vie des patients ou encore à la distribution de la pathologie dans la population. Cette organisation traduit les étapes successives de l'institutionnalisation d'un champ scientifique, c'est-à-dire le passage progressif d'une configuration de recherche où la nosographie incarne l'enjeu central de l'activité scientifique à un nouveau régime où elle désigne son mode opératoire, son pivot, en un mot, son instrumentation princeps. Les questions relatives au choix de l'instrument, à sa facture, à sa confection par la psychiatrie, la psychologie ou la biochimie, cèdent le pas à l'observation ou au dépistage des patients déprimés, ou encore à la définition de pistes étiologiques ou thérapeutiques inédites.

Ce changement se donne à voir d'une autre manière. Il est question du passage d'une problématique de recherche centrée sur le diagnostic, d'une part, au développement d'investigations dédiées à l'étude des symptômes, d'autre part. Dans le premier cas, la psychopathologie cherche à bâtir, par l'instrumentation nosographique, la possibilité d'une discrimination formelle de la dépression. Dans le second, elle s'emploie à différencier les points de recoupements de l'entité nosographique ainsi constituée avec d'autres pathologies à travers l'étude des comorbidités, ou bien cherche à établir si certaines expressions de la pathologie peuvent faire l'objet d'une indication thérapeutique spécifique.

Cette évolution, dont le point charnière se situe entre 1985 et 1989, marque l'avènement d'un standard, ou plutôt d'un inventaire normalisé de standards. Cet inventaire se compose, d'une part, d'une série limitée de répertoires diagnostiques (ou échelles critères) : le DSM-III (APA 1980) et les *Research Diagnostic Criteria* (Spitzer *et al.* 1978). Il réunit, d'autre part, des échelles d'appréciation, destinées aux essais pharmacologiques, dont la *Hamilton Depression Rating Scale* (Hamilton 1960) pour le trouble dépressif, et la *Brief Psychiatric Rating Scale* (Overall 1966) pour la schizophrénie. L'institutionnalisation de l'évaluation standardisée s'appuie ainsi sur des outils qui ont pour la plupart été construits au cours des années 1960. Mais, elle ne prend effet qu'après l'élaboration du DSM-III, publié en 1980. La fabrication du manuel, son argumentaire, les oppositions qu'il a suscitées et cherché à résoudre, ont œuvré à la stabilisation de l'espace et de la pratique de recherche et, par suite, au statut scientifique de la psychiatrie. On présente maintenant les éléments fondateurs de cette standardisation, les arbitrages qu'elle a dû produire et dont elle est tout à la fois le produit, et la part d'innovation qu'elle a introduite, en vue notamment d'établir sa validation.

1.3. Troisième moment : aux principes de l'évaluation clinique standardisée (après 1985)

1.3.1. *La conceptualisation selon la psychopathologie quantitative*

La construction du standard nosographique s'est alimentée à deux sources, à savoir, d'une part, la *psychologie des tests* et, d'autre part, la *tradition classificatoire*, telle qu'elle a été repensée après-guerre par le néo-positivisme et la taxinomie numérique (Demazeux 2013). Ces deux sources abritent chacune tout à la fois une axiomatique, une méthode et une instrumentation ou, plus précisément un protocole intégré. Psychométrie et taxinomie partagent également la même visée : une désignation raisonnée et objective des objets. En ce sens, leur projet s'imbrique naturellement à la problématique d'action de la psychiatrie des années 1960, dominé par l'épineux problème de la caractérisation de la pathologie mentale, et de la dépression en particulier. Quels en sont les principes ? En quoi peut-on les différencier (Le Moigne 2003) ?

1.3.1.1. *La psychométrie ou la démonstration intraconcept*

C'est sans doute à Spearman qu'on doit l'invention de la testologie en psychologie, au début du siècle dernier. Il reprend la statistique biométrique de Galton, consacrée à la distribution des traits anatomiques dans la population, qu'il étend à l'aptitude intellectuelle en s'appuyant sur le questionnaire du Français Binet (Martin 1997). Le test de Binet a d'abord été utilisé dans l'évaluation du retard mental, en comparant le score des répondants au niveau de performance atteint à âge égal par une population de référence. Ce type d'instrument désigne aujourd'hui une mesure du talent individuel : le quotient intellectuel. Le développement de cette instrumentation, dont les domaines d'application n'ont cessé de se multiplier depuis, a peu à peu imposé une nouvelle spécialité en psychologie – la psychologie des tests – dont la psychométrie incarne à la fois le langage et la méthode.

Le projet initié par Spearman fonde sa logique de preuve sur l'analyse des corrélations. Si les scores obtenus à chaque question du test varient de manière concomitante avec la note acquise à l'ensemble du questionnaire, alors c'est qu'un facteur sous-jacent – l'intelligence – organise l'ensemble des réponses. Spearman invente à cette occasion un nouveau mode de démonstration – l'analyse factorielle. Ainsi, l'apport de la psychologie à l'histoire de la statistique est indéniable (Martin 1997). Mais la réciproque est sans doute plus vraie encore. Longtemps, le behaviorisme s'est opposé à l'inspection des phénomènes mentaux, cette prévention se fondant sur l'idée que l'intériorité psychique est inaccessible tant à l'observation qu'à la mesure. La psychométrie a pu opposer à cette objection deux arguments : la régularité statistique de ses résultats ; l'extériorité de sa procédure, les tests la dotant d'un moyen de contrôle qui n'est pas mobilisable dans le cas de l'introspection. En vertu de quoi la statistique des tests a pu

rendre légitime l'analyse des phénomènes mentaux, sans recourir directement à leur examen « en conscience » (Danziger 1990).

En tant que statistique, la psychométrie cherche à établir, par analogie avec la distribution des probabilités, dite normale ou gaussienne, dans quelle mesure les facultés psychologiques sont gouvernées par une « structure latente », selon la célèbre formule de Paul Lazarsfeld (Lazarsfeld 1959 ; Dickes *et al.* 1994). Par extension, toute organisation de données marquée par une distribution analogue est censée révéler la présence d'un phénomène discret, même si celui-ci n'est pas accessible à l'expérience immédiate. L'examen de structure des réponses enregistrées aux tests est guidé par ce principe et s'apparente en ce sens à *une démonstration d'objet*, quelle que soit la méthode utilisée (analyse factorielle, modèle de réponse à l'item, etc.) (Le Moigne 2003).

L'organisation de la preuve réunit ici le langage de la statistique, la désignation des phénomènes et l'instrument de recherche dans un jeu d'équivalences qu'il est parfois difficile de démêler. En effet, si les opérations mathématiques démontrent la présence implicite d'un facteur, elles peuvent tout aussi bien par réciprocité fonder en preuves la qualité du questionnaire censé le mesurer. C'est là d'ailleurs toute l'ambition des tests : si les grandeurs psychologiques sont bien des universaux, et si les questionnaires de la psychométrie en offrent l'évaluation la plus exacte, alors cette instrumentation doit pouvoir prétendre elle-même à l'universalité et exercer dans ce domaine un monopole.

L'intrication originelle de l'instrument et de l'objet psychométriques n'est pas sans expliquer la succession ininterrompue des procédés et des débats qui ponctue l'histoire de la spécialité depuis son invention (Sireci 1998). En effet, les questionnaires sont construits à partir d'échantillons de population dont il est toujours possible de mettre en cause la représentativité. En référence à la loi des grands nombres et à la théorie des erreurs de mesure, l'approche classique des tests – celle dite du « score vrai » – admet que la fiabilité d'un questionnaire pourrait être démontrée si on était capable d'en répéter indéfiniment la passation. Faute de pouvoir conduire une telle opération, la psychométrie a dû imaginer des procédés de substitution : relève par exemple de ce type de stratégie la procédure « test-retest » qui vise à comparer les résultats obtenus au questionnaire par la même population interrogée deux fois à quelques semaines d'intervalle. Mais ces techniques évaluent surtout la stabilité ou l'homogénéité de l'instrument, et non sa validité. La question demeure entière de savoir dans quelle mesure le test s'applique bien au phénomène qu'il est réputé quantifier. Longtemps, cette confirmation a été obtenue par confrontation des résultats issus du test au jugement des experts : en clinique, par exemple, le procédé revenait à comparer, pour le même échantillon de population, les données recueillies par voie de questionnaire au diagnostic des psychiatres (Sireci 1998). Il reste que cette technique reposait sur le préalable de la confiance accordée à l'expertise professionnelle, confiance qui n'est plus totalement de mise au cours des années 1960.

Ce contexte explique pour beaucoup le succès rencontré par l'article que Cronbach et Meehl signent en 1955 (Garfield 1978). Les auteurs proposent en effet de soumettre les instruments à un critère de validité *externe* : il préconise d'évaluer la pertinence des tests par un jeu d'hypothèses, en associant la dimension mesurée à l'évaluation d'autres facteurs, psychosociaux ou biologiques (Cronbach et Meehl 1955). Mais, ce programme, s'il était effectivement réalisé par la psychométrie, reviendrait à la priver d'une partie de son essence : il l'obligerait à fonder ses preuves à travers l'étude de relations observées entre phénomènes (logique inter-concept), démarche plutôt privilégiée par les sciences sociales, et non plus à partir d'une analyse de la distribution interne de l'objet (logique intraconcept) (Dickes *et al.* 1994 ; Le Moigne 2006). En revanche, si ce procès confirmatoire était délégué à d'autres spécialités, la psychométrie pourrait faire valoir l'exactitude de ces catégories tout en préservant son identité et sa démarche. Et c'est en effet sur cette division implicite du travail scientifique que l'étude de la distribution interindividuelle des traits (performance, motivation, etc.) s'est construite et a connu un développement exponentiel après-guerre.

Certes, cet essor est également commandé par l'attente de rationalisation qui gouverne le développement des procédures de sélection et d'évaluation dans les secteurs des armées, de l'éducation, du travail ou de la santé. Mais, le succès de la psychométrie obéit également à son positionnement à l'intérieur des sciences, entre biologie et sciences sociales. Le caractère inégalement distribué des dispositions qu'elle examine est fondé en effet sur la présomption d'un héritage individuel, issu de facteurs génétiques pour l'essentiel. Néanmoins, la démonstration de cet antécédent causal est déléguée par la psychométrie aux disciplines concernées. Ainsi, cette psychologie des traits offre une voie d'articulation entre les univers mentaux et biologiques mais ne requiert pas de l'aborder.

1.3.1.2. *La taxinomie : la classification des observables*

La taxinomie contemporaine ouvre, à la même époque, la voie à une perspective qui n'est pas très différente. De fait, la méthode classificatoire ne se réduit pas à une opération de classement ou de tri : c'est une propédeutique à l'explication. Ce principe est théorisé par Carl Hempel en 1959 lors d'une conférence donnée devant l'*American Psychiatric Association* (Hempel 1965). Cette communication préfigure, point par point, l'orientation qui sera suivie par les concepteurs du DSM-III[8]. Son propos peut être résumé en trois points.

8. Cette communication, intitulée « Fundamentals of taxonomy » a été présentée en février 1959 à l'occasion de la *World Conference on Field Studies in the Mental Disorders*, organisée par l'APA à New York (Hempel 1965). Pour une analyse de l'influence exercée par le modèle d'Hempel sur la taxinomie psychiatrique contemporaine, voir (Sadler *et al.* 1994; Demazeux 2013).

1) *Agnosticisme théorique et antipsychologisme*. Hempel ne croit pas à la correspondance immédiate des énoncés et des faits dans la mesure où la seule réalité accessible est, selon lui, celle offerte par le langage, en quoi sa filiation avec le positivisme logique est indiscutable (Kim 1999). En effet, dans *Aspects of Scientific Explanation* (Hempel 1965), il entend chercher la voie d'une connexion entre le langage et le réel, et se prononce pour une articulation logique, fondée sur la syntaxe des mathématiques. En ce sens, l'explication se déduit des relations constantes que deux phénomènes entretiennent entre eux, de telle sorte que si l'un d'entre eux est observé, le second ne manque pas de se produire. Ce principe, qui prendra chez lui le nom de *déductionnisme nomologique*, établit donc une parfaite symétrie entre explication et prédiction. En ce sens, et contrairement au falsificationnisme de Popper, ce déductionnisme décrit un principe de recherche moins confirmatoire qu'exploratoire. Hempel pense en effet que nous avons toutes les raisons d'être mystifiés par nos aprioris théoriques. L'explication doit se borner à montrer que des événements sont corrélés sous l'effet de principes généraux. Fait pendant à ce principe le refus de toute méthode compréhensive : celle-ci fait appel à la subjectivité, c'est-à-dire, au sens où l'entend Hempel, à des préférences, des sentiments et des convictions intimes qui, par leur singularité et leur caractère intérieur, ne peuvent donner lieu à aucune implication précise ni faire l'objet d'une évaluation commune (ou intersubjective) (Kim 1999). Autrement dit, le nomothétisme et l'opérationnisme de Hempel sont logiquement liés à une défense de l'objectivité contre le caractère trompeur des intuitions interprétatives et des juge-ments personnels.

2) *Critériologie manifeste et standardisation collective du vocabulaire*. La dissonance, l'arbitraire et l'incommensurabilité des points de vue interprétatifs commandent en première instance, chez Hempel, la production d'un langage commun, référé à des manifestations tangibles, univoques et partagées par l'ensemble des observateurs. Il s'en déduit la nécessité d'une *standardisation du vocabulaire* qui doit être bâtie à partir de signes formels et reconnaissables. À cette fin, il importe que la description suive un chaînage précis, et que des règles formelles encadrent la manière de rendre compte de l'objet : cette formalisation, Hempel la désigne sous le terme d'*opération*. Selon lui, le champ des observables doit être réduit, sous peine d'être confronté à un travail descriptif infini. Pour la psychiatrie, il préconise de bannir toute référence aux états de pensée ou aux sentiments, qu'ils émanent du thérapeute ou du patient : la caractérisation des symptômes doit se borner aux aspects observables et publics de la conduite. Selon Hempel, de nombreuses controverses, notamment en épidémiologie psychiatrique, traduisent moins une querelle de fond qu'un usage incontrôlé du lexique. Ce principe vaut y compris dans les disciplines où les dispositifs instrumentaux dominent. La technologie la plus mécanisée ne saurait garantir l'homogénéité des descriptions. Aussi, importe-t-il, là également, que le vocabulaire employé par la recherche se réfère à un contenu étayé, contrôlé et partagé par les chercheurs. En ce sens, selon Hempel, la taxinomie ne se réduit pas à une construction logique ou raisonnée, mais enferme bien, à

la manière d'un microscope ou d'un télescope, un outil de facture tant cognitive que perceptive, destiné à la détection des manifestations morbides, et gagé par un contrôle collectif.

3) *Validation inter-classificatoire et probation inter-science*. Mais, le propos opératoire de l'élaboration taxinomique ne se limite pas à la composition d'un alphabet commun. À cette phase descriptive doit succéder une phase déductive, c'est-à-dire la découverte de corrélations entre les observations – telles qu'elles sont encadrées par la classification – et d'autres phénomènes, physiologiques ou psychologiques, eux-mêmes sériés avec la même précision. Ces corrélations sont pour Hempel le signe d'une montée en charge, c'est-à-dire le moment où une plus-value de connaissance est réellement gagnée. Mais, ces corrélations ont également pour vertu de déterminer en retour la valeur proprement scientifique de la classification : elles désignent le procédé de validation de la nomenclature. Cette montée en charge de la connaissance est inter-classificatoire dans la mesure où elle repose sur la mise au jour de constantes observées entre des phénomènes de nature différente, établis à partir de nomenclatures distinctes[9]. L'étiologie de la pathologie mentale dépend de ce précédent. L'une des implications du déductionnisme nomologique est de déboucher ainsi sur une logique de probation inter-sciences ou inter-niveaux, fondée sur l'hypothèse d'une correspondance entre les dimensions physiologiques *et* expressives du comportement humain (Sadler *et al.* 1994).

Au-delà de leurs différences de principes, la psychométrie comme la taxinomie contemporaine cherchent donc, l'une et l'autre, à offrir une réponse tangible et opératoire à la mesure des facultés mentales, tout en tentant de se prémunir du recours au témoignage et à l'expérience des sujets. Ces techniques de conceptualisation offrent en ce sens une réponse particulièrement adaptée à la dénonciation d'arbitraire dont le diagnostic psychiatrique fait alors l'objet, par le formalisme et la rigueur qu'elles entendent y opposer. Les artisans du DSM-III n'auront d'ailleurs de cesse d'en rappeler les vertus. Ce développement technique permet également d'envisager le maintien d'une expertise professionnelle, relayée par la recherche, en contrepoint d'une évaluation des troubles qui serait laissée aux mains d'un public devenu expert, et d'un patient érigé en premier juge de son mal-être, sous l'effet notamment de la légitimation du trouble dépressif (Le Moigne 2005).

Toutefois, cette formalisation commune aux deux approches ne suffit pas à masquer les rivalités que suscite, entre psychologie et psychiatrie, la détermination d'un standard

9. Hempel souligne par exemple l'intérêt des systèmes typologiques imaginés respectivement par Kreschner et Sheldon qui cherchent à établir des connections formelles entre des traits de comportements et des traits de tempérament, ou bien entre des caractéristiques somatiques (essentiellement morphologiques) et une disposition à certains types de perturbation mentale (Hempel 1965).

nosographique, susceptible d'encourager l'élection d'une technique au détriment d'une autre. Ces rivalités ne sont pas seulement méthodologiques mais conceptuelles. La psychométrie débouche sur la fabrication de tests dont la fiabilité est éprouvée au moyen de l'analyse factorielle. La factorisation implique de penser que la disposition ou le trait examiné est partagé par l'ensemble de la population, à des degrés divers : l'approche est *dimensionnelle*. En revanche, la taxinomie débouche plus directement sur l'analyse en clusters et une approche *catégorialiste* : elle oblige à considérer que la disposition ou le trait examiné n'est partagé que par une partie seulement de la population[10]. Cette optique est plus proche d'un parti pathologiste qui cherche à distinguer des entités morbides ou des syndromes[11].

Ces rivalités disciplinaires seront arbitrées, plus ou moins formellement, à la faveur du problème posé par la mesure de l'évolution des patients sous thérapeutique. La détermination du trouble mental étant pensée et exposée ici, de part et d'autre, dans les termes d'une résolution technique, la réponse apportée à cette évaluation ne pouvait guère se soustraire à ce principe : elle se fera sous l'effet d'un arbitrage instrumental, et moins en vertu de la démonstration de la supériorité d'un des deux modèles. Ainsi, comment les auteurs de ces outils ont-ils conçu d'apprécier l'amélioration des patients atteints d'un trouble psychique, étant considéré qu'un examen biologique ou physiologique ne peut ici, à la différence du cas présenté par les pathologies somatiques, valoir comme critère d'évaluation ?

1.3.2. *La mesure du changement : un arbitrage instrumental*

Pour la psychiatrie, le cadre logique de l'essai clinique marque un resserrement de l'analyse sur l'évolution de la pathologie, au détriment de sa compréhension. Dans la mesure où prime ici la démonstration du changement d'état des patients, l'étiologie ou les propriétés des thérapies ne sont considérées qu'à un titre subalterne et laissées à l'examen d'autres secteurs de recherche. Seule importe la métrologie du changement. Ce plan de travail a été instauré dès l'invention des médicaments psychotropes. Aux États-Unis, le *Psychopharmacological Service Center*, qui préfigure la naissance de la psychopharmacologie, se rallie à ce découpage de la preuve dès 1957. Outre-Atlantique, le Kefauver-Haris Amendment de 1962 (Healy 1997), qui fait suite à la mise en évidence

10. C'est la biologie des espèces qui conçoit et développe l'usage de la taxinomie numérique, à partir de l'analyse en clusters en particulier, au cours des années 1960 (Vernon 2001). Mais, c'est bien au psychologue et statisticien Roger Blashfield qu'on doit l'une des formalisations les plus abouties des principes de la clusterisation (Aldenderfer et Blashfield 1984), et tout à la fois l'une des critiques les plus argumentées du DSM-III (Blashfield 1984).

11. Par *syndrome*, il faut entendre une constellation de symptômes qui, au regard de l'observation empirique, démontre une constante plus grande que ne le voudrait une distribution au hasard (Pichot 1984).

des effets tératogènes de la thalidomide (preuve ayant été faite de malformations chez les enfants nés de mères ayant consommé ce produit), donnera à cette division du travail le caractère d'une exigence légale : les laboratoires pharmaceutiques doivent dès lors assurer l'État de l'innocuité comme de l'efficacité des thérapeutiques qu'ils proposent à la commercialisation. Toutefois, les modalités de cette évaluation ne seront stabilisées pour la psychopathologie quantitative qu'au milieu des années 1970, sous l'influence en particulier du manuel produit par la *Early Clinical Drug Evaluation Unity* du *National Institute for Mental Health* (Guy 1976). Cette durée de gestation pourrait être imputée aux difficultés que laisse augurer en propre l'examen de l'évolution des troubles mentaux. Ce serait faire abstraction de la bataille que le règlement de cette question a suscitée entre psychiatres et psychologues. Cette bataille, engagée sur le terrain de la composition des échelles cliniques, a condensé une série de rivalités à la fois (1) professionnelles, (2) conceptuelles, et (3) instrumentales (Le Moigne 2008).

1) Au début des années 1950, Wittenborn, produit l'une des premières grilles d'évaluation dédiées à la psychopathologie (Wittenborn 1955). Ce psychologue psychométricien cherche à produire un outil diagnostique. Mais sa grille d'observation s'applique également à l'évolution de la pathologie : l'examen répété du patient, par la passation à chaque fois réitérée de l'instrument, permet d'obtenir une cotation de la maladie dans le temps, et donc une mesure de son éventuelle rémission. L'outil est rejeté par les psychiatres opérant dans le champ de l'instrumentation clinique. Ils considèrent que le même instrument ne peut œuvrer à la fois au diagnostic et à l'évaluation du changement. Leur argument est simple : lorsqu'on cherche à évaluer l'une et l'autre de ces dimensions à la fois, on ne sait plus distinguer les entités cliniques des états de rémission ou d'aggravation de la maladie (Pichot et Olivier-Martin 1974). Autrement dit, indépendamment de la mesure d'évolution, il importait que les critères de la pathologie soient définis et fixés à l'avance au même seuil pour l'ensemble des patients intégrés à l'épreuve. Le diagnostic et l'appréciation du changement devaient donc, selon ce principe, faire l'objet d'une division du travail, elle-même assortie d'une spécialisation instrumentale. Évidemment, en défendant ainsi la nécessité de distinguer l'instrumentation nosographique des tests appliqués à l'évaluation thérapeutique, les psychiatres cherchaient tout également à préserver, contre les psychologues, leur prérogative sur la caractérisation des pathologies mentales.

2) Le second point de friction est né, précisément, d'un désaccord sur la manière de conceptualiser le trouble mental. En 1962, John Overall publie sa *Brief Psychiatric Rating Scale* (Overall et Gorham 1962). Il est directeur en chef du bureau des Standards de la très influente *Veteran Administration* qui veille à la prise en charge des militaires revenus du front et qui, à ce titre, a fourni à la psychologie clinique l'un de ses premiers réservoirs d'emplois. En bon psychométricien, Overall est dimensionnaliste. En se référant à Spearman, il considère que les facultés psychologiques sont étagées au sein de la

population à la manière d'une distribution normale. En vertu de cet argument, l'aptitude, la motivation puis après les traits de personnalité ont été considérés comme des universaux, partagés par l'ensemble de la population, ne variant qu'en degrés d'un individu à l'autre. En référence à ce modèle, Overall a considéré qu'il était possible d'étager la pathologie mentale, depuis ses occurrences les plus frustres jusqu'à ses formes les plus sévères, sur un simple continuum. Suivant cette hypothèse, les névroses étaient placées sur le gradient le plus proche de la normalité, tandis que les psychoses étaient positionnées au sommet de l'échelle pour leur gravité. Ainsi bâti, son instrument pouvait en théorie servir au diagnostic de n'importe quelle pathologie. La dimension générique de l'outil a suscité l'opposition des psychiatres tenants d'une psycho-pathologie quantitative plus respectueuse de la tradition nosographique, fondée sur le répertoire diagnostique des maladies, et donc sur une logique classificatoire proprement catégorialiste. Ici, les entités cliniques relatent le fait que, chez certains groupes d'individus seulement, une série particulière de symptômes est réunie avec une fréquence qui ne peut être imputée au hasard. Dans la mesure où c'est ici la spécificité des agrégats de symptômes (ou syndromes) qui permet de discriminer la maladie et de différencier les entités entre elles, la psychopathologie ne peut en aucune façon être décrite sous la forme d'un continuum (Pichot et Olivier-Martin 1974). En vertu de ce différend conceptuel, l'échelle d'Overall continuera d'être utilisée dans l'évaluation des neuroleptiques, où elle tient lieu de standard, mais ne pourra jamais prétendre au diagnostic des schizophrénies, et encore moins de la pathologie mentale en général. Celui-ci, comme le diagnostic de l'ensemble des troubles mentaux, demeurera sous le monopôle de la psychiatrie et de la tradition classificatoire.

3) Il fut ainsi établi peu à peu que l'instrumentation diagnostique devait s'appuyer sur la nosographie psychiatrique. En revanche, le projet de mesurer l'évolution du patient n'avait pas encore trouvé de réponse. Les tests imaginés par les psychologues pouvaient se destiner à cette spécialisation mais, pour les psychiatres, ils comportaient un écueil : ces questionnaires, comme pour la dépression, étaient auto-administrés, c'est-à-dire remplis par le patient, alors que les échelles diagnostiques étaient renseignées par le praticien au décours de la consultation. La généralisation de la procédure par questionnaire à l'évaluation de la schizophrénie était difficile, compte tenu de l'incapacité des patients. Surtout l'auto-évaluation sapait l'autorité des psychiatres, en déléguant l'examen de la morbidité au malade lui-même. Par contraste, la psychiatrie entendait faire valoir sur ce terrain tout l'intérêt de l'interrogatoire médical. Cette opposition de perspectives a pu bénéficier d'un arbitrage instrumental : l'évolution des patients allait être mesurée à partir des tests des psychologues, mais ceux-ci seraient administrés par « hétéro-évaluation », c'est-à-dire sur la base des observations effectuées par le clinicien.

Ce découpage instrumental, entre échelle diagnostique et échelle d'appréciation du changement, marque un *modus vivendi*. D'un côté, les psychiatres ne pouvaient tout à

fait se passer des productions des psychologues dans la mesure où l'évaluation standardisée emprunte une part essentielle de son langage et de sa méthode à la psychométrie. De l'autre, la division du travail entre les évaluations diagnostiques et thérapeutiques permettait à la psychométrie de résoudre une aporie de fond : la conceptualisation du changement. En effet, rien dans le corpus théorique ou instrumental de la psychométrie ne permet d'aborder cette question. Comme l'a souligné Robert Cattell, l'un des plus fameux psychométriciens d'après-guerre, les objets étudiés par la spécialité doivent être considérés comme autant d'invariants personnels, de prédispositions structurelles, en un mot, comme autant de *traits*. Dans ce cadre, le changement ne peut être pensé que sous la forme de dispositions temporaires, indiquant qu'une transformation significative de la personnalité est en cours, les modifications profondes de l'humeur en désignant l'un des signes les plus manifestes. Ces épisodes de transformation prennent chez Cattell le nom d'*états* (Cattell et Kline 1977), et bien qu'il ne propose pas une telle analogie, ceux-là s'apparentent par de nombreux aspects au sens que la psychopathologie a donné initialement à l'épisode dépressif. Sous cet angle, la dépression pourrait être comprise comme le signe avant-coureur d'un changement de personnalité, sinon comme le processus qui conduit à ce changement. Mais, Cattell n'en fait pas l'hypothèse, sinon à la marge, simplement parce qu'il ne peut s'appuyer sur sa discipline pour concevoir une approche dynamique des facultés psychologiques : il ne peut examiner jusqu'à son terme l'hypothèse d'une transformation des traits mentaux, précisément, parce que la psychométrie n'envisage pour objet que des structures stables, héritées, et donc peu sujettes à variations (Le Moigne 2006, 2008).

Pour tenter d'apporter un règlement à la question du changement, l'évaluation a cherché à lier plus ou moins explicitement les approches catégorialistes et dimensionnalistes. Dans ce cadre, les psychiatres ont été appelés à produire les échelles diagnostiques utilisées lors de *la sélection des patients* intégrés aux essais cliniques : à l'instar du DSM-III, ces échelles présentent, pour chacun des troubles recensés par la nosographie, la liste des symptômes requis pour qu'un diagnostic positif puisse être retenu. De leur côté, les tests des psychologues, reconstruits sous la forme d'échelles se prêtant à l'hétéro-évaluation, à l'instar de l'échelle de Hamilton pour la dépression (Hamilton 1960), ont été réorganisés en vue de satisfaire bon an mal an aux exigences d'une mesure du changement. À cette occasion, l'approche psychométrique, acquise à la gradualité de la pathologie mentale, a cédé la place à une mesure de *l'intensité* morbide (ou sévérité). Dans le cadre de cette métrologie, chaque échelle se destine par principe à une entité clinique et une seule. Celle-ci est réduite à une liste de symptômes auxquels est affecté un coefficient. La mesure de l'intensité du trouble procède du cumul des cotations que le clinicien établit pour chaque symptôme, après examen du patient. Ce chiffrage est entamé lors de la mise en œuvre de l'essai clinique, puis est répété périodiquement

jusqu'à son terme, en vue d'obtenir un état quantifié de l'évolution de la pathologie sous thérapeutique, et vaut ainsi comme indicateur du changement clinique[12].

Ce *modus vivendi* a permis à la fois d'apaiser les rivalités disciplinaires et d'organiser la division du travail entre les différents producteurs d'échelles. Cette organisation a, par ailleurs, offert une solution tangible à la caractérisation du changement, particulièrement utile pour jauger l'efficacité des médicaments et des thérapies de la clinique mentale, même si une telle caractérisation relève d'une proposition instrumentale et métrique qui déroge, sur le fond, aux principes défendus par la tradition psychométrique (Le Moigne 2008).

Ainsi, dès lors, la psychiatrie a tendu à privilégier l'approche taxinomique pour le diagnostic, et a réservé l'approche factorialiste à l'étude du changement sous thérapeutique ou, plus largement encore, à l'évaluation de la robustesse des instruments (Pichot et Olivier-Martin 1974 ; Pichot 1984 ; Guelfi 1998). Mais, une autre difficulté restait en suspens : la psychométrie et la taxinomie permettent de produire un constat de forme en mettant au jour une constellation ou une distribution significative de traits, mais ne peuvent complètement déterminer *la qualité* des formes dégagées au moyen de cette analyse. La réponse que la psychopathologie contemporaine a apportée à cette question est double : elle repose sur la mise en œuvre d'un réseau de preuve interdisciplinaire, couplée à l'introduction d'une métrologie du consensus. C'est ici que le rôle du mouvement dit néo-kraepelien s'est avéré décisif.

1.3.3. *La validité externe des échelles d'évaluation : la connexion interdisciplinaire*

Les relations nouées au cours des années 1970 entre la *Washington University School of Medicine* et le *Psychiatric Institute* de l'État de New-York s'avéreront déterminantes. Samuel Guze, Elie Robins et George Winokur, membres de l'école de Washington, défendent une approche psychobiologique de la pathologie mentale. Quant à l'école de New-York, elle compte, parmi ses membres les plus influents, Donald Klein, l'un des plus grands spécialistes au monde de la psychopharmacologie, et Robert Spitzer. Celui-ci sera à l'origine de la conception du DSM-III, dont il dirigera la rédaction, et pour laquelle il n'aura de cesse de défendre, dans la lignée de Hempel, la nécessité de critères opératoires, observables et partagés[13]. Selon Gerald Klerman, sans doute la figure la plus

12. C'est au français Pierre Pichot qu'on doit la présentation la plus achevée, et sans doute la plus orthodoxe, de cette répartition instrumentale des tâches (Pichot et Olivier-Martin 1974).
13. Le DSM-I, publié en 1952, et le DSM-II, paru en 1968, n'ont eu qu'un faible écho, le diagnostic n'étant pas privilégié par la théorie psychanalytique, sinon au titre d'une identification générale du trouble dont il s'agit de découvrir les mécanismes inconscients.

emblématique de la psychiatrie américaine des années 1970 et 1980, les relations nouées entre les deux écoles auraient été motivées par l'adhésion à un même courant de pensée qu'il désigne sous le terme de *mouvement néo-kraepelien* (Klerman 1978). Ces chercheurs partagent en effet, avec la tradition classificatoire ouverte par Kraepelin au début du XX^e^ siècle, l'idée que la pathologie mentale est d'origine organique (endogène), que son statut est par conséquent médical et non psychologique, et que son identification doit s'appuyer sur des critères rigoureusement définis.

En 1970, Robins et Guze publient un article séminal sur les conditions de validité du diagnostic psychiatrique, à partir du cas de la schizophrénie (Robins et Guze 1970). Dans la lignée des principes de la validité externe énoncés aussi par Cronbach et Meehl en 1955 pour la psychométrie et par Hempel en 1959 pour la taxinomie, ils font valoir que le diagnostic d'une pathologie est probant lorsqu'il associe :

1) un *cluster* de symptômes reliés entre eux, ou covariants, et des précurseurs étiologiques ;

2) des marqueurs physiologiques, biologiques et/ou psychologiques ;

3) des critères d'exclusion définis de manière explicite ;

4) une évolution prévisible ;

5) des données probantes sur le développement significatif du même désordre parmi les ascendants ou les collatéraux.

Ces principes gouverneront l'élaboration d'un premier standard nosographique, conçu par l'école de Washington : les critères de Feighner (Feighner *et al.* 1972). Le *Collaborative Program on the Psychobiology of Depression*, initié par le NIMH au début des années 1970, entend systématiser l'application du principe de validité externe en cherchant à réunir l'ensemble des données, tant étiologiques, pharmacologiques qu'épidémiologiques disponibles sur la dépression. À cette occasion, un second manuel diagnostique, issu de la collaboration entre Robins et Spitzer, voit le jour – les RDC (*Research Diagnostic Criteria*) (Spitzer *et al.* 1978). Cette grille compose la matrice du DSM-III qui est publié quelques années plus tard, sous la responsabilité de Spitzer et de Klein (APA 1980). Ces manuels proposent des définitions différentes mais complémentaires de la dépression[14]. Surtout, ils font un usage systématique d'une procédure qui dominera par la suite la discipline.

14. Ainsi, les critères retenus par le DSM-III pour l'épisode dépressif majeur impliquent un diagnostic en deux temps. D'abord, le sujet doit avoir manifesté une humeur triste durant les deux semaines précédant la consultation. Ensuite, il doit exprimer au moins quatre symptômes parmi ceux que le manuel énumère de la manière suivante : (1) variation significative du

Ces grilles prennent appui sur les études d'héritabilité du trouble dépressif, sur les pistes ouvertes par l'endocrinologie et sur les résultats obtenus par la pharmacothérapie antidépressive. Sur cette base, elles rangent parmi les expressions de dépression majeure tout état témoignant d'une bonne réactivité aux thérapeutiques ou encore d'une héritabilité significative, et recommandent d'exclure à l'inverse du diagnostic toute expression exempte de tels corrélats. Ainsi, le standard produit par l'*American Psychiatric Association* fonde sa légitimité sur le croisement raisonné des données produites par la psychopharmacologie, la psychobiologie, l'épidémiologie et la psychologie clinique. À ce titre, le principe de la validité externe, s'il n'offre pas nécessairement les conditions d'une preuve, tend néanmoins à léguer à la nosographie un rôle majeur d'articulation entre les disciplines.

Cette promotion obéit pour beaucoup au règlement que la spécialité peut offrir, par sa position et son instrumentation, aux controverses mais également aux impasses qui marquent la caractérisation de la pathologie mentale. En effet, depuis le *Collaborative Program* du NIMH, la psychopathologie quantitative a directement contribué à la standardisation du travail de connaissance, à travers l'introduction d'un système extrêmement réglé de procédures et de probation. La réunion des données émanant des différentes spécialités, leur discussion et leur arbitrage, l'admission d'une nouvelle pathologie et d'une sémiologie standard propre à la diagnostiquer, mobilisent l'emploi de techniques de synthèse (revue de question, *meta-analysis*) et la composition de cercles délibératoires, bâtis sur la représentativité ou la notoriété de leurs membres (panel expert, *focus group*, conférence de consensus, etc.) (Falissard 2000). Cette évolution marque, dans la recherche, le développement d'une spécialité dédiée totalement à la *validité*. Pour la dépression, celle-ci a pris la forme d'une structure de liaison chargée de confronter l'examen des cas cliniques, d'une part, aux résultats des recherches dédiées à l'identification des corrélats biologiques (déficiences neuronales, marqueurs cérébraux ou sanguins) ou à l'efficacité des thérapeutiques, d'autre part.

Ce système de procédures et de probation marque la position d'interface acquise par l'évaluation clinique standardisée à l'intérieur de l'espace scientifique, interdisciplinaire s'il en est, initié par le *Collaborative Program on the Psychobiology of Depression*. Ce dispositif rend compte des conditions qui fixent aujourd'hui la validité du jugement clinique en général, à un point près. La psychopathologie quantitative a en effet ajouté à cet édifice un dernier mode de ratification ; à savoir, la nécessité de valider toute grille diagnostique par la démonstration d'une convergence d'opinions.

---

poids et de l'appétit ; (2) insomnie ou hypersomnie ; (3) agitation ou ralentissement psychomoteur ; (4) perte d'intérêt, de plaisir dans les activités ou diminution de l'appétence sexuelle ; (5) perte d'énergie, fatigue ; (6) dévalorisation, culpabilité ; (7) capacité de penser diminuée ou ralentie ; (8) pensées de mort, suicide ou tentative de suicide (APA 1980).

1.3.4. *La fidélité interjuges : la production de l'unité interne*

De fait, la démonstration du consensus clinique figure, avec le principe de la validité externe, parmi les éléments probatoires qui ont sans doute œuvré le plus directement à l'adoption et à la diffusion internationale du DSM-III (Kirk et Kutchins 1998). Une raison à cela : au cours des années 1960, le jugement des praticiens est dénoncé pour son imprécision, y compris par les psychiatres. Ainsi, après avoir demandé à des cliniciens américains et britanniques d'examiner le même échantillon de patients, Kendell observe par exemple que les premiers se prononcent plus volontiers pour un diagnostic de schizophrénie alors que les seconds font plus souvent allusion à des états dépressifs (Kendell *et al.* 1971). Cette divergence a été attribuée par Spitzer à trois causes :

1) l'influence exercée par l'idiosyncrasie du psychiatre ;

2) l'effet parasitaire des obédiences d'école ;

3) le caractère insuffisamment formalisé des grilles diagnostiques (Spitzer et Fleiss 1974).

Il préconise une clarification des critères et des consignes d'évaluation et s'engage à faire du DSM un système de cotation explicite et opératoire. Il cherche en outre à doter le jugement clinique d'un indicateur de convergence. Avec Cohen et Fleiss, il travaille à l'élaboration d'un coefficient de concordance, applicable aux estimations qualitatives. L'un des standards d'évaluation de la fidélité dite « inter-juges », parmi les plus connus mais également les plus critiqués, voit ainsi le jour : *le coefficient kappa* (Spitzer *et al.* 1967 ; Uebersax 1987 ; Falissard 2000).

La procédure imaginée par les architectes du kappa est la suivante : un groupe de psychiatres (ils étaient plus de 500 dans la procédure initiale), après avoir examiné les mêmes patients (généralement par l'intermédiaire d'une vidéo), doit dresser un diagnostic en se référant à des grilles de notation identiques, en l'occurrence, celles du DSM. Autrement dit, ces échelles fournissent aux cliniciens les listes de symptômes qu'ils doivent cocher s'ils estiment qu'ils sont présents chez les sujets observés. Les grilles, une fois remplies, permettent par addition d'items d'obtenir des scores diagnostiques : le patient observé est positif (porteur de la maladie, selon l'expression en vigueur) ou négatif (asymptomatique). On rapporte ensuite les cotations des cliniciens dans une table de contingence et on mesure le degré de convergence de leurs opinons. Toutefois, le kappa ne se contente pas d'établir une mesure brute de cette convergence. Spitzer, Cohen et Fleiss ont estimé en effet que les praticiens pouvaient parvenir au même diagnostic, simplement, en vertu du hasard. Selon eux, si on demande à deux psychiatres de se prononcer – en tirant à pile ou face – sur le caractère positif ou négatif d'un patient, on peut montrer, selon un principe purement probabiliste, qu'ils tomberont d'accord dans 50 % des cas. C'est pourquoi la formule du kappa entend donner une mesure

du degré « réel » de leur convergence, en soustrayant de la concordance mesurée la part de celle-ci qui serait due au hasard[15]. Les épreuves préliminaires à la publication du DSM-III ayant fait apparaître des coefficients kappa probants, la qualité diagnostique du répertoire a paru ainsi avoir été démontrée (Kirk et Kutchins 1998)[16].

La construction et l'usage du coefficient ménagent une part d'ambiguïté : on ne sait pas si le kappa a pour objet d'établir le degré de convergence des diagnostics dressés par les cliniciens ou s'il entend déterminer leur exactitude, c'est-à-dire leur adéquation à la pathologie présentée par le patient. De fait, la présentation du coefficient par les architectes du DSM-III fait rarement mention de cette ambiguïté, simplement parce que la plus-value qu'ils accordent au test, au-delà de ces insuffisances, se situe dans la part d'innovation qu'il introduit dans le jugement clinique. C'est pourquoi Spitzer s'est appliqué d'abord et surtout à montrer comment la mesure de la fidélité inter-juges a permis à la psychiatrie de renverser le dilemme soulevé, dans les années 1960, par la validation professionnelle du diagnostic. On se souvient que la confirmation de la qualité des questionnaires par le jugement des experts avait été sérieusement mise à mal par la crise de l'autorité psychiatrique. Avec la mesure formelle du consensus clinique, le procès de démonstration a semblé pouvoir être inversé. Dans ce cadre, l'emploi d'une échelle ou d'un test ne vise pas simplement l'objectivation d'une pathologie et de son diagnostic : il est censé déterminer dans quelle mesure les juges partagent bel et bien le même point de vue, et vaut ainsi cette fois comme démonstration de l'objectivité du

15. Le calcul de la part aléatoire du jugement s'effectue, comme dans l'estimation des effectifs théoriques du Chi2, à partir de la somme du produit des lignes et des colonnes de la table de contingence. La formule du kappa prévoit ensuite les opérations suivantes : (1) sa valeur est calculée à partir du pourcentage de concordance observée, de laquelle on soustrait la part du jugement attribuée au hasard ; (2) le taux ainsi obtenu est ensuite placé en numérateur et divisé par la concordance absolue, fixée à 1, à laquelle on soustrait la concordance imputée au hasard. Lorsque la valeur du kappa est proche de 1, la convergence est dite significative ; lorsqu'elle est proche de 0, la concordance est imputée au hasard et jugée aléatoire.

16. Lorsqu'on examine les données livrées par la procédure, la démonstration est moins patente. La convergence diagnostique des psychiatres, invités par les rédacteurs du DSM-III à observer les mêmes patients, est loin d'être proprement significative (Kirk et Kutchins 1998). On peut montrer que cette faiblesse est inscrite dans la construction même du coefficient kappa. Celui-ci cherche à établir à partir de quel seuil l'agrément entre les juges est significatif et se fonde, à cette fin, sur le principe selon lequel cet agrément est probant dès lors que sa fréquence est supérieure à celle qu'il est possible d'attendre du hasard. Or, comme le souligne le statisticien John Uebersax, pour considérer qu'une convergence d'opinion puisse advenir en vertu du hasard, et seulement du hasard, il faudrait d'abord avoir démontré qu'une indépendance totale est possible entre les juges. Or, sauf à défendre un parti totalement individualiste, une telle indépendance ne peut être démontrée simplement parce qu'elle n'existe pas : par leur formation, leurs expériences communes, leurs ancrages professionnels, les psychiatres partagent une communauté de sens et de pratiques qui exclut que leur jugement soit laissé à un pur indéterminisme (Uebersax 1987).

jugement psychiatrique. Compte tenu de l'irréductible idiosyncrasie prêtée à chacun des juges, la logique du kappa tend à accréditer l'idée que leur accord est bien le signe qu'une réalité extérieure s'impose à leur jugement, donc que la maladie diagnostiquée est bien tangible et que la grille servant à l'évaluer est fiable. Cet objectivisme ne se conçoit donc pas sans le préalable du subjectivisme accordé aux cliniciens.

En ce sens, si l'instrumentation de recherche offre à l'expertise professionnelle les moyens d'une nouvelle légitimation, elle contribue également à en modifier le statut. Dans la tradition de la recherche psychologique, l'observateur et le sujet de l'observation pouvaient être interchangeables, comme en psychophysiologie où les sensations sont considérées comme des invariants, immuables d'un individu à l'autre. Ou bien les deux acteurs de l'expérience étaient distingués, comme dans le cas de la psychologie des tests, l'autorité du chercheur se fondant sur le pouvoir de démonstration et d'arbitrage de la statistique, comme chez Spearman dans le cas de la mesure des aptitudes mentales au moyen du questionnaire d'intelligence (Danziger 1990). La psychopathologie quantitative ajoute à cette différenciation progressive du sujet et du chercheur une nouvelle rupture à travers *l'observation de l'observateur*. Elle étend ainsi le champ d'inspection de l'individu à celui qui fait profession de l'évaluer ; à savoir, le clinicien lui-même. Le renversement de la charge probatoire au profit de l'instrumentation exprime de manière plus ou moins ouverte le désaveu de l'autorité du psychiatre[17]. Le clinicien figure ici seulement comme l'élément ou l'acteur d'une mesure qui le dépasse. Il est utilisé comme un mètre gradué dans le but d'obtenir un taux général d'accord ou une estimation globale de la qualité d'une grille[18]. Dans ce contexte, l'admission de la validité est fixée sous le sceau d'une régularité disputée au hasard. Elle ne dépend plus principalement du savoir clinique. C'est pourquoi sans doute, se référant aux vertus qu'il prête au kappa, Spitzer

17. Max Hamilton, l'auteur de l'échelle de dépression la plus utilisée au monde (Hamilton 1960), résume ce renversement de la manière suivante : « au début, les échelles étaient validées par rapport à un jugement global, c'est-à-dire quand une échelle était construite, on avait l'habitude de comparer les résultats obtenus à l'aide de l'échelle avec le jugement du clinicien. Ceci était prioritaire et déterminait si l'échelle pouvait être considérée comme satisfaisante. Depuis que les échelles ont fait la preuve de leur validité, nous pouvons renverser la procédure, ainsi que je le suggère depuis des années. Nous pouvons utiliser les échelles pour examiner le jugement global, pour étudier ce que fait le psychiatre et comment il le fait » (Hamilton 1981, p. 11).

18. Certains évaluateurs admettent d'ailleurs parfaitement un tel statut : « l'étape la plus importante pour accroitre la fiabilité d'une échelle consiste à recourir à des évaluateurs formés et suffisamment motivés. Il est important de former les évaluateurs, non seulement pour obtenir des observations précises d'éléments discrets, mais également pour s'appuyer sur leur appréciation intuitive des états émotionnels, en recourant si possible à la technique de la vidéo, mais par-dessus tout en procédant ensemble aux évaluations tout en discutant leurs résultats. Cette procédure peut paraître manquer d'objectivité, mais il s'agit en réalité de tirer avantage d'une situation, plutôt que d'en être frustré, où l'individu ne dispose comme autre instrument de mesure que de lui-même » (Cronholm *et al.* 1974, p. 148).

croit pouvoir affirmer en 1983 que la recherche diagnostique pourrait bientôt ne plus avoir besoin des psychiatres (Spitzer 1983).

La promotion de la validité externe, d'une part, et de la mesure de la fidélité inter-juges, d'autre part, a représenté une étape décisive de la standardisation de l'évaluation clinique. La division instrumentale du travail, entre producteurs d'échelles, a ajouté à cette construction en donnant naissance à ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui la « clinicométrie psychiatrique » (Guelfi 1998 ; Rush *et al.* 2008). Dans ce système, les échelles héritées de la tradition classificatoire, dès lors dénommées « échelles critères », à l'instar du DSM-III, allaient être utilisées dans le diagnostic et l'échantillonnage des patients soumis aux recherches de la biologie, et plus incidemment de l'épidémiologie psychiatrique. De leur côté, les tests issus de l'héritage psychométrique, désignés dès lors sous le terme « d'échelles d'appréciation » ou « d'échelles d'intensité », à l'instar de l'échelle de Hamilton pour la dépression, allaient servir à mesurer la sévérité du trouble et à déterminer l'évolution des patients soumis aux essais cliniques par la psycho-pharmacologie. Cette organisation est née d'arrangements et d'ajustements successifs, plus qu'elle n'est soudée aux développements logiques des raisons instrumentales enfermées par l'une et l'autre des traditions. Mais, elle a permis de concilier les revendications à l'expertise de la psychiatrie et de la psychologie dans l'évaluation des troubles mentaux, et a offert une forme d'unité et d'achèvement à l'institutionnalisation de l'évaluation standardisée. Ce processus et cet appareillage technique ont permis ainsi aux artisans de la nouvelle nosographie de reprendre la main et d'affirmer de nouveau l'autorité du jugement psychiatrique. À l'issue de quoi, les auteurs de cette instrumentation ont pu revendiquer une certaine forme d'ascendant, non seulement sur les cliniciens et les patients, mais également à l'égard des acteurs des disciplines scientifiques également concernées par l'étude des désordres mentaux. Autrement dit, ce mouvement devait signer *la différenciation* d'un nouveau segment de la recherche.

1.4. Conclusion

L'analyse du corpus issu de la recherche produite entre 1950 et 2000 sur le trouble dépressif démontre avec évidence le rôle tenu par l'instrumentation dans le développement de ce secteur de l'activité scientifique. À ce titre, cette analyse confirme la valeur heuristique du modèle explicatif conçu par Shinn. De fait, elle permet d'observer combien la diffusion des échelles psychiatriques a créé une convergence intellectuelle et bâti une relation transversale entre une multitude de disciplines. Dans le champ de la dépression en particulier, l'usage de ces échelles a été d'autant plus marqué et marquant que la recherche a cru, mais en vain, pouvoir disposer d'un marqueur biomédical susceptible d'en rendre le diagnostic immédiat. Par ailleurs, l'emploi des échelles a été

d'autant plus requis que la légitimité croissante du trouble, sous l'effet d'un subjectivisme florissant, pouvait laisser supposer que les formes les plus frustres de la maladie mentale seraient intégrées à la nomenclature, sous la figure d'une entité clinique du mal-être ou du chagrin. Ainsi, le diagnostic de la dépression aurait pu devenir une affaire de sens commun, particulièrement néfaste à l'expertise psychiatrique. Au lieu de cela, grâce aux principes de la validité externe, l'évaluation standardisée a pu tirer avantage des résultats de la recherche biologique et pharmacologique, sans perdre *son autonomie technique et sémiologique*. Et, de la même manière, grâce aux principes de la fidélité inter-juges, la recherche psychiatrique a réussi à forger *son unité*, au-delà des rivalités des écoles de pensée et de la compétition engagée par les spécialités de la clinique mentale pour la désignation des troubles.

Mais, le développement historique de cet espace de recherche permet également de compléter l'analyse développée par Shinn à propos de la caractérisation de la position occupée par les chercheurs « technico-instrumentaux » dans le champ scientifique. La recherche instrumentale en psychiatrie est à l'image des exemples qu'il donne : elle a contribué à l'émergence d'acteurs dont la centralité n'est pas liée à la consécration d'une autorité théorique, interprétative, ou encore professionnelle. Toutefois, la recherche instrumentale se pare ici d'une singularité : la définition de l'objet et la mesure de son intensité occupent une place centrale dans la séquence des activités scientifiques. À ce titre, la contribution de l'évaluation standardisée offre un rouage essentiel au processus de recherche, et représente *un passage obligé* pour des pans entiers du travail scientifique. C'est pourquoi les spécialités en charge de telles activités ne peuvent pas être situées dans une position périphérique ou interstitielle, comme le suggère Shinn dans son modèle. Les tâches impliquées par la définition des pathologies et l'évaluation de leur amélioration sont requises par les procédures de travail des différentes disciplines (biologie, psychopharmacologie, épidémiologie, etc.) que les échelles psychiatriques mettent en relation. C'est pourquoi, en tant que telle, l'instrumentation occuperait plutôt ici, dans ce réseau relationnel, *une position intercalaire.*

Cette particularité se comprend aisément. De prime abord, cette position intercalaire bénéficie à des spécialités qui semblent dominées pour l'essentiel par une pensée descriptive et par une pratique fondamentalement métrique, secondaire en apparence. En réalité, l'étude des désordres mentaux combine *deux régimes d'investigation* dont l'articulation contribue à donner un rôle décisif à l'évaluation clinique standardisée. L'identification étiologique des troubles et la détermination de leur traitement dépendent de la validité de leur diagnostic et de l'évaluation circonstanciée de leur évolution dans le temps. Pour reprendre les termes forgés par Ian Hacking (Hacking 1983), ici, « l'intervention » sur l'objet (biologique ou pharmacologique) implique nécessairement la délégation de « sa représentation » (sous la forme de définitions catégorielles ou

d'évaluations dynamiques), à d'autres spécialités, précisément incarnées par la clinique standardisée. De fait, ce préalable donne un ascendant de taille à l'instrumentation psychiatrique.

En ce sens, le principe de la validité externe a offert un étayage décisif aux propriétés organisatrices de l'évaluation standardisée, et par suite à son développement historique. Mais, paradoxalement, il en représente sans doute l'aporie épistémologique la plus manifeste. D'abord, cette exigence appuie une division du travail extrêmement fragmentée : l'aire d'activité consacrée à la description de l'objet, c'est-à-dire à la symptomatologie et à la nosographie, est nettement distinguée des espaces destinés à l'interprétation, l'explication ou aux applications de la recherche, c'est-à-dire à l'étiologie et aux essais pharmacologiques. Même si les artisans de l'instrumentation diagnostique se situent au point médian de cette organisation du travail, l'essentiel de leur activité est d'opérer par synthèse ou compilation des sources (méta-analyse, revue de question, etc.). La sémiologie est ainsi confirmée, au moins à titre d'hypothèse, par les résultats issus d'autres secteurs de recherche, qu'il s'agisse de la génétique, de l'épidémiologie ou encore de la pharmacologie. À l'inverse, ces secteurs fondent la robustesse de leurs résultats en s'appuyant sur les constantes qu'ils tentent de mettre au jour à partir des désignations de l'objet que l'évaluation standardisée leur offre. Mais, ce jeu de validation mutuelle reste plus hypothétique qu'avéré. Plutôt qu'admettre que son rendement est acquis, il serait plus exact de convenir en l'état que la détermination du diagnostic, d'une part, et que la recherche des causes et du traitement de la maladie, d'autre part, sont enfermées ensemble dans *le jeu d'une même délégation réciproque de la preuve.*

Or, cette délégation n'est pas probatoire mais tend plutôt à reporter vers un tiers et à plus tard la démonstration formelle du trouble (la validité de l'entité), et l'explication de son processus (son étiologie), à la manière d'une sous-traitance ou d'une externalisation de la preuve. C'est peut-être pourquoi, comme le signale Allan Young, la chaîne des significations mise au jour par la recherche psychiatrique comporte un si faible ratio d'intersections : celles-ci sont hétérogènes, établies par ressemblances ou extrapolations et peu sur la base d'un recoupement formel de données, c'est-à-dire d'un chaînage commun d'investigations et d'implications (Young 1995). Morgens Schou, grand spécialiste du lithium, se référant ici au traitement du syndrome bipolaire, ne pouvait mieux décrire ce dilemme :

> « Comme nous ne connaissons pas les ressorts pathophysiologiques de la maladie maniaco-dépressive, nous ne savons pas comment les traitements fonctionnent, et comme nous ne savons pas comment les traitements fonctionnent, nous ne comprenons pas la pathophysiologie de la maladie maniaco-dépressive. Le fait que la boîte soit fermée et

que sa clé se trouve à l'intérieur paraît représenter un problème insoluble. » (Schou 1997, p. 12)

1.5. Bibliographie

Aldenderfer, M.S. and Blashfield, R.K. (1984), *Cluster Analysis*, Sage Press, Beverly Hills.

American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition American Psychiatric Press, Washington.

Barke, M., Fribush, R. and Stearns, P.N. (2000), Nervous breakdown in 20th century American culture, *Journal of Social History*, 33, 565–584.

Baumeister, R.F. (1987), How the self became a problem: A psychological review of historical research, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 163–176.

Beaulieu, A. (2001), Voxels in the brain: Neuroscience, informatics and changing notions of objectivity, *Social Studies of Science,* 31(5), 1–45.

Beck, A.T. (1963), Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions, *Archives of General Psychiatry*, 9, 324–333.

Beck, A.T. (1964), Thinking and depression: II. Theory and therapy, *Archives of General Psychiatry*, 10, 561–571.

Blashfield, R.K. (1984), *The Classification of Psychopathology, Neo-Kraepelinian and Quantitative Approaches*, Plenum Press, New York.

Briffault, X. and Martin, O. (2011), Déprimer par les nombres: le façonnage statistique et psychométrique des dépressions contemporaines, *Sociologie et sociétés*, 43(2), 67–89.

Buchanan, R.D. (2002), On 'not giving psychology away': The Minnesota Multiphasic Personality Inventory and public controversy over testing in the 1960s, *History of Psychology*, 5(3), 284–309.

Canguilhem, G. (1966), *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris.

Carlsson, A. (1982), Rationale and design of a selective inhibitor of 5-HT reuptake, *British Journal of Clinical Practice: A Symposium*, 19, 19–22.

Carlsson, A. (1990), Early psychopharmacology and the rise of modern brain research, *Journal of Psychopharmacology,* 4, 120–126.

Cette bibliographie est identique à celle de l'ouvrage correspondant en anglais publié par ISTE.

Caroll, B.J., Feinberg, M., Greden, J.F., Tarika, J., Albala, A.A., Haskett, R.F., James, N.M., Kronfol, Z., Lohr, N., Steiner, M., De Vigne, J.P. and Young, E. (1981), A specific laboratory test for the diagnosis of melancholia, *Archives of General Psychiatry*, 38, 15–22.

Carson, J. (1999), Minding matter/mattering mind: Knowledge and the subject in Nineteenth-Century psychology, *Studies in History and Philosophy of Biology and Biomedical Sciences*, 30(3), 345–376.

Cattell, R.B. and Kline, P. (1977), *The Scientific Analysis of Personality and Motivation*, Academic Press, London.

Coon, D.J. (1993), Standardizing the subject: Experimental psychologists, introspection, and the quest for a technological ideal, *Technology and Culture*, 34(4), 757–783.

Cronbach, L. and Meehl, P. (1955), Construct validity in psychological tests, *Psychological Bulletin*, 52, 281–302.

Cronholm, B., Schalling, D. and Åsberg, M. (1974), Development of a rating scale for depressive illness, in *Psychological Measurements in Psychopharmacology*, Pichot, P. and Olivier-Martin, R (eds), Karger, Basel, 139–150.

Danziger, K. (1990), *Constructing the Subject. Historical Origins of Psychological Research*, Cambridge University Press, Cambridge.

Danziger, K. (1997), The historical formation of selves, in *Self and Identity, Fundamental Issues*, Ashmore, R.D and Jussim, L (eds), Oxford University Press, New York, 137–159.

Datson, L.J. (1992), Objectivity and the escape from perspective, *Social Studies of Science*, 22, 597–618.

Datson, L.J., Galison, P. (2007), *Objectivity*, Zone Books, New York.

Demazeux, S. (2013), *Qu'est-ce que le DSM? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Editions Ithaque, Paris.

Dickes, P., Tournois, J., Flieller, A. and Kop, J.L. (1994), *La psychométrie*, PUF, Paris.

Dupont, J.C. (1999), *Histoire de la neurotransmission,* PUF, Paris.

Ehrenberg, A. (1998), *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, Paris.

Eysenck, H.J. (1952), The effects of psychotherapy: An evaluation, *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324.

Falissard, B. (2000), *Mesurer la subjectivité en santé. Perspective méthodologique et statistique*, Masson, Paris.

Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winokur, G.S. and Munoz, R. (1972), Diagnostic criteria for use in psychiatric research, *Archives of General Psychiatry*, 26, 57–63.

Freud, S. (1957), *La technique psychanalytique*, PUF, Paris.

Garfield, E. (1978), The 100 articles most cited by social scientists – 1969-1977, *Current Contents*, 22, 5–14.

Garfield, E. (1984), The articles most cited in 1961–1982. 2. Another 100 citations classics highlight the technology of science, *Current Contents*, 29, 3–12.

Gigerenzer, G. (1987), Probabilistic thinking and the fight against subjectivity, in *The Probabilistic Revolution. Ideas in the Sciences*, Kruger, L., Gigerenzer, G. and Morgan, M. (eds), MIT Press, Cambridge.

Greenson, R. (1971), The 'real' relationship between the patient and the psychoanalyst, *International Journal of Psychoanalysis*, 53, 403–417.

Grob, G. (1983), *Mental Illness and American Society – 1875-1940*, Princeton University Press, Princeton.

Guelfi, J.D. (1998), *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*, Editions Pierre Fabre, Rueil Malmaison.

Guy, W. (1976) *Early Clinical Drug Evaluation – ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*, National Institute of Mental Health, Rockville.

Hacking, I. (1983), *Representing and Intervening. Introductory Topics in the Philosophy of Natural Science*, Cambridge University Press, New York.

Hale, N. (2000), American Psychoanalysis since World War II, in *American Psychiatry after World War II*, Menninger, R.W and Nemiah, J. (eds), American Psychiatric Press, Washington.

Hamilton, M. (1960), A rating scale for depression, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56–62.

Hamilton, M. (1981), Les échelles d'appréciation dans la dépression: état actuel, in *La symptomatologie dépressive*, Pichot, P. and Pull, C. (eds), Spire, Paris, 9–11.

Healy, D. (1997), *The Antidepressant Era*, Harvard University Press, Harvard.

Hempel, C. (1965), Fundamentals of taxonomy, in *Aspects of Scientific Explanation and Others Essays in the Philosophy of Science*, Hempel, C.G. (ed.), Free Press, Glencoe, 137–154.

Horney, K. (1950), *Neurosis and Human Growth*, W.W. Norton, New York.

Iverson, L.L., Axelrod, J. and Glowinski, J. (1967), The effect of antidepressant drugs on the uptake and metabolism of catecholamines in the brain, in *Neuro-Psycho-Pharmacology*, Brill, H., Cole, J., Deniker, P., Hippius E. and Bradley P. (eds), Exerpta Media Foundation, Amsterdam, 362–366.

Kendell, R.E., Cooper, J.E., Gourlay, A.G., Copelan, J.T.M., Sharpe, L. and Gurland, B.J. (1971), Diagnostic criteria of American and British psychiatrists, *Archives of General Psychiatry*, 25, 123–130.

Kim, J. (1999), Hempel, explanation, metaphysics, *Philosophical Studies*, 94, 1–20.

Kirk, S. and Kutchins, H. (1992), *The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry*, Walter de Gruyter, New York.

Klerman, G.L. (1978), The evolution of a scientific nosology, in *Schizophrenia: Science and Practice,* Shershow, J.C. (ed.), Harvard University Press, London, 99–121.

Kohut, H. (1959), Introspection, empathy and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory, *Journal of American Psychoanalysis Association*, 7, 459–483.

Kohut, H. (1971), *The Analysis of the Self*, International Universities Press, New York.

Lawrence, C. and Weisz, G. (eds) (1998), *Greater than the Parts. Holism in Biomedicine (1920-1950)*, Oxford University Press, Oxford.

Lazar, R. (2001), Subject in first person – subject in third person: Subject, subjectivity, and intersubjectivity, *American Journal of Psychoanalysis*, 61(3), 271–291.

Lazarsfeld, P.F. (1959), Latent structure analysis, in *Psychology. A Study of a Science*, Koch, S. (ed.), Mc Graw-Hill, New York, 3, 476–535.

Leary, D.E. (1990), The psychologist's dilemma: To subject the self to science or science to the self?, *Theoretical and Philosophical Psychology*, 10(2), 66–72.

Le Moigne, P. (ed.) (2003), *La mesure de la dépression. La psychométrie au carrefour des sciences*, APN-CNRS, Paris, 2003.

Le Moigne, P. (2005), La régularisation du trouble mental: médecine, psychiatrie, bien-être, *Cahiers de Recherche Sociologique*, 41, 91–114.

Le Moigne, P. (2006), La psychométrie et les sciences humaines, in *Dictionnaire des Sciences Humaines*, Mesure, S. and Savidan, P. (eds), PUF, Paris, 938–940.

Le Moigne, P. (2008), L'efficacité thérapeutique. La psychopathologie, de l'expérimentalisme à l'évaluation, in *Psychothérapie et société*, Champion, F. (ed.), A. Colin, Paris, 215–235.

Le Moigne, P. (2010), Une nouvelle carte du normal et du pathologique: l'institutionnalisation de la santé mentale aux États-Unis, *Sciences Sociales et Santé*, 28(1), 81–108.

Le Moigne, P. (2014), La santé mentale comme philosophie politique: la psychologie du soi et le progrès social, *L'Evolution Psychiatrique*, 79(4), 683–695.

Le Moigne, P. and Ragouet, P. (2012), Science as instrumentation: The case for psychiatric rating scales, *Scientometrics*, 93, 329–349.

Lewinsohn, P., Munoz, R.R., Youngren, M.A. and Zeiss, A.M. (1978), *Control Your Depression*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.

Marsella, A., Hirschfeld, R.M.A. and Katz, M.M. (eds) (1987), *The Measurement of Depression*, The Guilford Press, New York.

Martin, O. (1997), *La mesure de l'esprit. Origine et développement de la psychométrie (1900-1950)*, L'Harmattan, Paris.

Meehl, P. (1954), *Clinical versus Statistical Prediction. A Theoretical Analysis and a Review of the Evidence*, University of Minnesota Press, Minneapolis.

Megill, A. (ed.) (1994), *Rethinking Objectivity*, Duke University Press, Durham.

Menninger, R. and Nemiah, J. (eds) (2000), *American Psychiatry after World War II*, American Psychiatric Press, Washington.

Mullen, P.E., Linsell, C.R. and Parker, D. (1986), Influence of sleep disturbance and calorie restriction on biological markers of depression, *Lancet*, II, 1051–1054.

Overall, J.E. and Gorham, D.R. (1962), The brief psychiatric rating scale, *Psychological Reports*, 10, 799–812.

Pichot, P. (1984), *DSM-III et psychiatrie française. Comptes rendus du congrès*, Masson, Paris.

Pichot, P. and Oliver-Martin, R. (eds) (1974), *Psychological Measurements in Psychopharmacology*, Kurger, Basel.

Porter, T.M. (1986), *The Rise of Statistical Thinking – 1820-1900*, Princeton University Press, Princeton.

Porter, T.M. (1993), Statistics and the politics of objectivity, *Revue de Synthèse*, IV(1), 87–101.

Rapaport, D. (1960), *The Structure of Psychoanalytic Theory*, International University Press, New York.

Robins, E.S. and Guze, S.B. (1970), Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness. Its application to schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 126, 983–987.

Rush, J., First, M.B. and Blacker, D. (2008), *Handbook of Psychiatric Measures, Second Edition*, APA, Washington.

Sadler, J., Osborne, P.O. and Schwartz, M.A. (eds) (1994), *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*, The John Hopkins University Press, Baltimore.

Schou, M. (1997), Forty years of lithium treatment, *Archives of General Psychiatry,* 54, 9–13.

Seligman, M. (1975), *Helplessness. On Depression, Development and Death*, W.H. Freeman, San Francisco.

Shinn, T. (2000), Formes de division du travail scientifique et convergence intellectuelle, *Revue Française de Sociologie*, 41, 447–473.

Shinn, T. and Ragouet, P. (2005), *Controverses sur la science. Pour une sociologie transversaliste des activités scientifiques*, Le Seuil, Paris.

Shorter, E. (1997), *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, John Wiley, New York.

Sireci, S.G. (1998), The construct of content validity, *Social Indicators Research*, 45, 83–117.

Spitzer, R.L. (1983), Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary?, *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399–411.

Spitzer, R.L. and Fleiss, J.L. (1974), A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis, *British Journal of Psychiatry*, 125, 341–347.

Spitzer, R.L., Endicott, J. and Robins, E. (1978), Research diagnostic criteria: Rationale and reliability, *Archives of General Psychiatry*, 34, 773–782.

Spitzer, R.L., Cohen, J., Fleiss, J.L. and Endicott, J. (1967), Quantification of agreement in psychiatric diagnosis: A new approach, *Archives of General Psychiatry*, 17, 83–87.

Street, H., Sheeran, P. and Orbell, S. (1999), Conceptualizing depression: An integration of 27 Theories, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 175–193.

Uebersax, J.S. (1987), Diversity of decision-making models and the measurement of interrater agreement, *Psychological Bulletin*, 101, 140–146.

Valenstein, E. (2002), *Blaming the Brain. Truth about Drugs and Mental Health*, Simon and Shuster, New York.

Vernon, K. (2001), A truly taxinomic revolution? Numerical taxinomy (1957-1970), *Studies in History and Philosophy of Biology and Biomedical Sciences*, 52(2), 315–341.

Wagner, J. (1986), *The Therapeutic Perspective. Medical Practice, Knowledge and Identity in America – 1820-1885*, Harvard University Press, Cambridge.

Wakefield, J.C. and Demazeux, S. (eds) (2016), *Sadness or Depression? International Perspectives on the Depression Epidemic and its Meaning*, Springer, New York.

Wittenborn, J.R. (1955), *Wittenborn Psychiatric Rating Scales Manual*, Psychological Corporation, New York.

Young, A. (1995), *The Harmony of Illusions. Inventing Posttraumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, Princeton.

Zetzel, E. (1966), The analytic situation, in *Psychoanalysis in America*, Litman, R.E. (ed.), International Universities Press, New York, 86–106.

Chapitre 2

L'échelle d'Hamilton comme analyseur des difficultés épistémologiques de la recherche sur la dépression

Max Hamilton, alors psychiatre et statisticien à l'université de Leeds au Royaume-Uni, publie en 1960 dans le *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* un article sous un titre d'une grande banalité (*A rating scale for depression*) (Hamilton 1960), consacré à une échelle de mesure de la dépression qui va connaître un succès exceptionnel. Avec 16 734 citations au *Science Citation Index*, l'article princeps occupe la 52e place des articles les plus cités au monde, toutes disciplines confondues, au sein de la liste publiée par la revue *Nature* en octobre 2014 (Van Noorden *et al.* 2014). Si l'article n'a pas toujours été intensivement cité, son actualité est néanmoins patente : Google Scholar recense 1 440 citations du texte durant la seule année 2015. Illustrative du succès de l'article, cette impressionnante quantité de citations est également un indice du succès rencontré par la thématique de la dépression et des échelles psychométriques cherchant à la mesurer dans les publications scientifiques internationales. Sur les six entrées en « psychiatrie/psychologie » que compte en effet la liste des 100 publications recensées par *Nature*, cinq d'entre elles sont des échelles, et trois concernent la dépression. L'échelle de Hamilton, hétéro-administrée (c'est-à-dire remplie par le clinicien), tient le haut du pavé aux côtés d'une échelle auto-administrée (c'est-à-dire renseignée par le patient) publiée à la même époque, à savoir l'échelle de Beck (Beck *et al.* 1961) – classée elle-même au 54e rang avec 16 264 citations, et une autre échelle auto-administrée plus récente destinée à un usage épidémiologique en population générale, la CES-D (Radloff 1977), laquelle occupe le 51e rang avec 17 055 citations.

Outre son éminente position dans la liste des citations, l'échelle de Hamilton (*Hamilton Rating Scale for Depression,* HRSD*,* HDRS ou HAM-D selon les diverses

---

Chapitre rédigé par Xavier BRIFFAULT.

graphies de l'acronyme) joue un rôle central dans les pratiques médicales, l'énoncé des normes thérapeutiques et des politiques de santé (Briffault et Martin 2011). Elle est en particulier « l'étalon-or » de la mesure de la sévérité de la dépression dans les essais cliniques contre placebo, dans lesquels les évolutions de son score global (de 0 à 50 dans la publication princeps, avec de multiples variations de gradient dans les différentes versions qui seront publiées au cours des années) entre le début et la fin de l'essai permettent de quantifier l'efficacité du traitement testé. L'échelle est à ce point devenue incontournable que les recherches et les évaluations n'y recourant pas sont parfois exclues, sans autre forme de procès, des publications et des recommandations de bonnes pratiques. C'est le cas par exemple d'une importante méta-analyse de 2010 visant à produire une synthèse des articles parus sur l'efficacité des antidépresseurs (Fournier *et al.* 2010) qui exclut par critère les parutions n'utilisant pas l'échelle. Ceci a, à l'évidence, des conséquences en aval sur les contenus des recommandations de bonnes pratiques qui se fondent sur les études publiées pour recommander les traitements efficaces. De ce fait, on peut considérer qu'aujourd'hui un traitement « efficace » de la dépression est un traitement qui a la capacité de faire évoluer le score Hamilton dans un essai clinique, en l'occurrence d'au moins 3 points, niveau considéré dans la communauté scientifique comme le seuil à partir duquel l'évolution est cliniquement significative pour le patient (Kirsch *et al.* 2008).

Au-delà de son rôle dans la définition de l'efficacité des traitements, l'échelle exerce également une fonction majeure dans la conceptualisation même de ce qu'est la dépression, au point qu'elle joue quasiment le même rôle que les nosographies de référence :

> « En raison de son usage extrêmement répandu et de sa longue tradition clinique, l'échelle de Hamilton semble définir la dépression tout autant qu'elle la mesure. On pourrait critiquer le DSM-IV pour ne pas adéquatement rendre compte de l'échelle de dépression de Hamilton, tout autant qu'on pourrait critiquer l'échelle de Hamilton pour ne pas couvrir totalement la dépression du DSM-IV. » (Bagby *et al.* 2004, p. 2170)

C'est à ce rôle « performatif », aux *conséquences qu'il a eu sur les (im)possibilités de faire évoluer les conceptualisations de la dépression*, aux difficultés que cela a pu engendrer dans la conception de nouvelles approches théoriques et thérapeutiques de la dépression et à ce que cela révèle des difficultés épistémologiques afférentes à la recherche sur la dépression que nous souhaitons nous intéresser dans cet article. Nous nous appuierons pour cela sur les nombreux débats et contestations que l'échelle de Hamilton a générés au cours des cinq décennies de son existence et sur l'évolution des contenus de ces débats, dont nous montrerons qu'ils peuvent être analysés comme des indices d'une évolution vers une déconstruction du concept de dépression comme

maladie unitaire, dont on voit émerger les prémices et les perspectives dans un courant de recherche récemment apparu.

2.1. Une mesure sans objet mesuré

Comme le souligne Hamilton dans l'introduction de son article princeps : « proposer encore une autre échelle de mesure des symptômes des troubles mentaux peut apparaître inutile, dans la mesure où il en existe déjà tant, beaucoup d'entre elles étant très largement utilisées » (Hamilton 1960, p. 56). Il estime pour autant qu'on ne peut pas dire que « la perfection ait été atteinte » et qu'il y a donc « une place considérable pour une amélioration », place que l'échelle qu'il va proposer, « conçue pour être utilisée seulement avec des patients déjà diagnostiqués comme souffrant d'un trouble de l'humeur de type dépressif » (Hamilton 1960, p. 56) est donc supposée venir occuper.

En totale contradiction avec l'apparente évidence rappelée, parmi tant d'autres, par Joiner et collègues (Joiner *et al.* 2005) dans la toute première phrase de leur article sur l'évaluation *evidence-based* de la dépression qui veut qu'« avant de se poser la question "comment mesurer quelque chose ?", nous devons d'abord répondre à la question "qu'est exactement ce quelque chose ?" » (Joiner *et al*. 2005, p. 267), on ne trouve en préalable à la présentation de l'échelle que propose Hamilton aucune définition de la dépression qu'elle est censée mesurer. Après une très brève présentation des différents types d'échelles, l'article présente en effet sans les référer à aucun travail antérieur 17 variables qui accordent la part belle aux symptômes somatiques et en particulier à l'insomnie (tableau 2.1). Il est d'ailleurs frappant de constater que la bibliographie de l'article ne contient que deux références : un article de Hamilton et White dans le *British Journal of Psychiatry* (Hamilton et White 1959) qui n'est cité que de façon marginale, l'autre étant un ensemble de données non publiées par les mêmes auteurs.

Symptômes	Score max	HRSD 17
1. Humeur dépressive	4	7,4
2. Culpabilité	4	7,4
3. Suicide	4	7,4
4. Insomnie début de nuit	2	3,7
5. Insomnie milieu de nuit	2	3,7
6. Insomnie fin de nuit	2	3,7
7. Travail	4	7,4
8. Ralentissement	4	7,4
9. Agitation	4	7,4
10. Anxiété psychique	4	7,4
11. Anxiété somatique	4	7,4
12. Symptômes gastro-intestinaux	2	3,7

Symptômes	HRSD 17
Humeur dépressive	7,4
Culpabilité	7,4
Suicide	7,4
Insomnie	11,1
Travail	7,4
Psychomoteur	14,8
Anxiété	14,8
Somatique	7,4

Symptômes	Score max	HRSD 17
13. Symptômes somatiques généraux	2	3,7
14. Symptômes génitaux	4	7,4
15. Hypocondrie	4	7,4
16. Perte de poids	2	3,7
17. Insight	2	3,7
Total	54	100 %

Symptômes	HRSD 17
Symptômes somatiques générraux	3,7
Génital	7,4
Hypocondrie	7,4
Perte de poids	3,7
Insight	3,7
Total	100 %

Tableau 2.1. *Les 17 items de l'échelle d'Hamilton et leur importance relative*

L'échelle a été, est-il précisé, testée sur 70 patients masculins, avec une double cotation par Hamilton et White dont il est dit que la corrélation intercotateurs (en l'occurrence entre les deux auteurs) atteint 0,9, soit donc un score exceptionnellement élevé pour une échelle de mesure de ce type. Une analyse factorielle a été menée sur 49 des 70 patients, au terme de laquelle 4 axes ont été mis en évidence. Hamilton nomme les deux premiers « dépression ralentie » et « dépression agitée », et concède que les deux derniers qui sont essentiellement chargés en éléments rattachés à l'anxiété ou à l'insomnie peuvent difficilement être nommés, car « ils ne font penser à aucun pattern clinique » (Hamilton 1960, p. 59). L'article présente ensuite pour chacun des quatre axes deux descriptions de cas cliniques (soit 8 au total) utilisés pour justifier la validité de ces axes en tant qu'ils correspondraient à des instanciations concrètes de ceux-ci. La terminologie change ici sensiblement puisque les cas présentés en appui de la validité du premier axe sont présentés comme des cas de « dépression endogène », ceux du deuxième axe comme des « dépressions réactionnelles », assimilant explicitement endogène avec ralentie et réactionnelle avec agitée. S'agissant du troisième axe, Hamilton note bien que « cliniquement les patients sont très différents, mais que leur score factoriel les regroupe sur la base de leurs ressemblances » (Hamilton 1960, p. 60). En quoi ils se ressemblent n'est, selon les mots de l'auteur, « pas clair ». Quant au dernier axe, il regrouperait des patients présentant des troubles de la personnalité bien que, toujours selon les mots de l'auteur, il est d'une « stabilité très douteuse » en raison du faible nombre de cas (Hamilton 1960, p. 60).

2.1.1. *Une diffusion rapide, sans contraintes théoriques*

L'article de 1960 est donc relativement peu abouti, et Hamilton lui-même en convient, qui précise dans un article publié 7 ans plus tard (Hamilton 1967) qu'il doit être considéré comme à peine plus qu'un « rapport préliminaire, destiné à éveiller l'intérêt et à encourager l'utilisation et le développement d'une telle échelle ». De fait, il semble avoir atteint son objectif puisque l'article de 1967 précise que « de nombreux articles ont

déjà été publiés dans lesquels l'échelle a été utilisée pour évaluer des médicaments dans le traitement des états dépressifs ». On trouve en effet plusieurs publications utilisant l'échelle HRSD pour évaluer l'efficacité de traitements (par exemple Gonzalez *et al.* 1964 ; Schildkraut *et al.* 1964 et 1965 ; Patch *et al.* 1967). De façon surprenante, aucun de ces articles ne justifie les raisons du choix de cette échelle, pourtant récente alors et, nous l'avons vu, relativement fragile. Dans tous les cas, c'est le score HRSD global qui est utilisé pour évaluer l'effet du traitement sur la symptomatologie, bien que l'analyse factorielle ait clairement montré que l'échelle n'était pas unidimensionnelle, un point qui sera fréquemment repris par la suite dans les critiques de l'échelle HRSD (Faries *et al.* 2000 ; Williams 2001 ; Santen *et al.* 2008) : le fait que l'outil ne soit pas unidimensionnel suggère qu'il mesure différentes dimensions de la dépression (agitation, ralentissement, état thymique, etc.), auquel cas considérer seulement le score global revient à agréger des séries de symptômes dont on ne peut pas dire si elles varient toutes dans le même sens, de sorte que leur cumul ne peut valoir comme une estimation d'ensemble de l'évolution de l'état dépressif. Pour justifier ce choix, l'article de Patch *et al.* précise simplement que :

> « En accord avec une vision unitaire de la dépression, aucune tentative n'a été faite pour classifier les patients comme "endogène" ou "réactifs", ou pour les apparenter à tout autre type clinique. Au lieu de cela, chacun a été évalué par l'échelle de cotation de Hamilton, qui fournit une évaluation globale de la dépression, tout autant qu'une cotation des caractéristiques cliniques individuelles – agitation, ralentissement, et autres[1]. » (Patch *et al.* 1967, p. 274)

De son côté, l'article de Gonzalez *et al.*, qui fait le même choix, distinguait lui la dépression névrotique, la dépression d'involution sans psychose, la dépression psychotique, les troubles schizo-affectifs avec dépression. Sans rattachement théorique explicite, « purement descriptive » comme le DSM-III et ses successeurs plus tard ne cesseront de le revendiquer (Briffault 2013b), l'échelle de Hamilton est susceptible de convenir à tous, et évite d'avoir à se positionner sur le choix risqué d'une hypothèse ontologique de la dépression. Elle est simple d'emploi, rapide à faire passer, et bénéficie de l'aura de techniques d'analyses statistiques nouvelles, alors peu usitées en psychiatrie. Ces techniques impliquaient un emploi exigeant en main d'œuvre qualifiée à une époque où les moyens informatiques étaient rares, couteux et réservés à des spécialistes.

2.1.2. *Une échelle « zeitgeist-compatible »*

Hamilton était parfaitement clair sur les limites et les périmètres d'interprétation non seulement de son échelle, mais de toutes les échelles en psychiatrie. Dans un article

1. *sic* (« and the like » dans le texte original).

de 1976, il précise ainsi plusieurs points fondamentaux (Hamilton 1976b). Il accorde tout d'abord aux échelles un rôle très limité : « une échelle de cotation n'est qu'un outil particulier pour noter de l'information concernant un patient » (Hamilton 1976b, p. 347). Très limité, et même limitant, puisqu'il ajoute « pour des objectifs cliniques, la présentation libre et complète d'une histoire du cas psychiatrique est la meilleure méthode pour décrire un patient. Lorsque cela est réduit à une échelle de cotation, beaucoup d'information est perdue. Coter un patient, c'est tenter de le faire rentrer dans un lit de Procuste » (Hamilton 1976b, p. 347), c'est-à-dire dans un modèle d'uniformisation.

On retrouve également fréquemment cette métaphore pour les instruments catégoriels, tels que la série des nosographies du DSM (Demazeux 2011). Un autre élément essentiel évoqué par Hamilton est la nécessaire inscription des échelles, de leur construction et de leurs usages, dans un champ théorique bien défini, qui doit être parfaitement maîtrisé par le concepteur de l'échelle et par les cotateurs, lesquels doivent également être des cliniciens expérimentés. Pour Hamilton, « les échelles de cotation ne sont pas vraiment adaptées pour explorer un nouveau champ de recherche. Leur conception requiert beaucoup d'expérience pratique et un corpus théorique approprié ; en un sens, ce sont des produit finaux » (Hamilton 1976b, p. 347). Ces produits finaux encodent donc implicitement les points de vue théoriques sur l'objet qu'ils mesurent, et qu'ils contribuent à transmettre d'une publication à l'autre : *utiliser une échelle, c'est adopter le corpus théorique et clinique qui a servi à la construire*. Positionner l'échelle de Hamilton comme étalon-or de la recherche, en particulier évaluative, sur la dépression, c'est la constituer en attracteur et organisateur des possibilités de concevoir l'objet « dépression ».

S'agissant de la nécessaire inscription théorique des échelles, et de la nécessité d'en maîtriser les aspects pour les concevoir et les utiliser, Hamilton enfonce lourdement le clou :

> « Une échelle de cotation de symptômes dépend de l'étendue de l'expérience clinique qui a conduit à retenir ces symptômes. Une base appropriée de théorie clinique est également nécessaire. Ce qui est noté dans une échelle consiste, soit en observations directes, soit en inférences faites à partir de la théorie ou de l'expérience. » (Hamilton 1976b, p. 348)

Et il ajoute : « cependant, dans la pratique, il est impossible de faire une distinction absolue entre les deux », insistant ainsi sur le caractère nécessairement « chargé en théorie » (*theory-laden*) de tout instrument d'observation, aussi descriptif qu'il se veut être. En conséquence de quoi, la première étape dans la préparation d'une échelle, et subséquemment dans son utilisation, « consiste en l'identification de "l'univers du discours", et pas l'inverse » (Hamilton 1976b, p. 348), à savoir présenter les règles d'usage de l'outil en omettant de rappeler les fondements cliniques qui l'inspirent en amont. Nous l'avons vu, Hamilton n'a pourtant en aucune façon spécifié formellement cet univers de discours

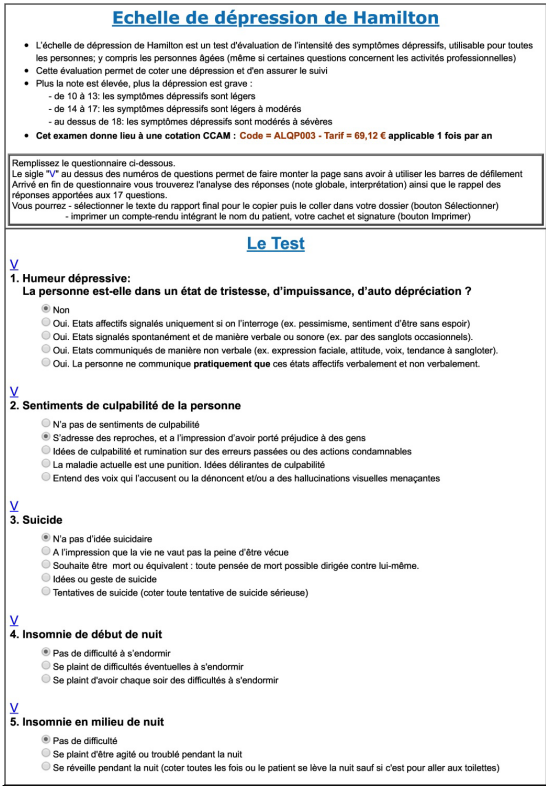
dans les publications concernant son échelle, s'appuyant apparemment sur l'évidence implicite de l'étendue de sa propre expérience clinique. De fait, sans doute cette expérience clinique était-elle en résonance avec celle des autres chercheurs et cliniciens de son époque, conforme à l'esprit du temps (*zeitgeist*), à « l'harmonie du charme intrinsèque d'un style de pensée » pour reprendre l'expression de Ludwig Fleck (Fleck 2008, p. 153), celle qui fait selon les termes de Steeves Demazeux que « les chercheurs travaillant dans un certain cadre méthodologique, utilisant certains outils privilégiés, sont souvent enfermés dans une certaine manière de concevoir les problèmes ou de résoudre les difficultés » (Demazeux 2011, p. 160).

2.1.3. *Des usages s'éloignant rapidement de la destination initiale de l'échelle*

Hamilton n'est pas plus clément avec les usages qu'il semble considérer comme dévoyés, voire scientistes, des échelles dans l'évaluation des effets des traitements. Leur usage dans ce but est si commun que « certains cliniciens semblent croire que sans échelle de cotation l'étude est invalide ou "non scientifique". C'est mettre la charrue avant les bœufs » (Hamilton 1976b, p. 348). Pour lui, les méthodes traditionnelles d'évaluation de l'amélioration exprimées qualitativement (pas d'amélioration, amélioration légère, modérée, etc.) sont « aussi bonnes que le reste et d'ailleurs les échelles de cotation sont fondées sur elles » (Hamilton 1976b, p. 348). Mais le problème est que ces niveaux sont extrêmement difficiles à définir, ce qui est « la principale raison du succès des échelles dans les études cliniques ». En outre, il est « très pratique » que les résultats de ces échelles soient donnés sous forme numérique et puissent être soumis à l'analyse statistique « comme si elles étaient de vraies mesures ». Mais si « c'est très pratique » pour autant « ce n'est pas essentiel » (Hamilton 1976b, p. 348). Le recours à ces simplifications économise certes du temps de statisticiens, mais cela devrait être considéré comme négligeable au regard des efforts nécessaires pour conduire des essais cliniques, et des conséquences considérables et pérennes des résultats de ceux-ci sur les choix thérapeutiques envisageables.

Les sages avertissements de Hamilton ont apparemment été peu entendus. L'échelle qu'il a conçue est utilisée de façon ubiquitaire, simplifiée, et réifiante à toutes les étapes qui vont de la théorisation, à la conception et à l'évaluation des traitements, et en conséquence jusqu'aux pratiques thérapeutiques. Elle est totalement installée dans le paysage et constitue une connaissance et référence commune à tous ceux qui s'intéressent à des titres divers à la dépression et à ses traitements. Elle articule chercheurs, patients, praticiens, organismes d'assurance maladie, organismes de santé publique, etc. À titre d'exemple, dans sa rubrique « utilitaires en consultation » qui se présente comme « une assistance dans le cadre de votre activité quotidienne », le site du syndicat français des médecins généralistes, MG France, propose une version en ligne de l'échelle de

Hamilton permettant d'automatiser les calculs[2], pour laquelle il est précisé que « l'utilisation de ce test est codifiée dans la CCAM[3] (code : ALQP003 – tarif : 69,12 € – cotation limitée à une fois par an). Le résultat doit être archivé (ce que permet cet utilitaire) pour pouvoir être présenté au contrôle médical ». Cette version en ligne permet de dérouler séquentiellement les questions, ce qui représente une contradiction flagrante avec les recommandations de Hamilton : « si le praticien déroule les items dans l'ordre, il transforme l'entretien psychiatrique en un interrogatoire, ce qui est extrêmement insatisfaisant » (Hamilton 1976a, p. 60). Interrogatoire dont il ne fait aucun doute, selon la formulation des recommandations d'usage de l'outil, qu'il vise bien à permettre d'évaluer *la dépression* au moyen de la note obtenue : « plus la note est élevée, plus la dépression est grave » (figure 2.1). On trouve également plusieurs applications pour Smartphone ou tablettes qui permettent la passation du test.



Echelle de dépression de Hamilton

- L'échelle de dépression de Hamilton est un test d'évaluation de l'intensité des symptômes dépressifs, utilisable pour toutes les personnes; y compris les personnes âgées (même si certaines questions concernent les activités professionnelles)
- Cette évaluation permet de coter une dépression et d'en assurer le suivi
- Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :
  - de 10 à 13: les symptômes dépressifs sont légers
  - de 14 à 17: les symptômes dépressifs sont légers à modérés
  - au dessus de 18: les symptômes dépressifs sont modérés à sévères
- **Cet examen donne lieu à une cotation CCAM : Code = ALQP003 - Tarif = 69,12 € applicable 1 fois par an**

Remplissez le questionnaire ci-dessous.
Le sigle "V" au dessus des numéros de questions permet de faire monter la page sans avoir à utiliser les barres de défilement
Arrivé en fin de questionnaire vous trouverez l'analyse des réponses (note globale, interprétation) ainsi que le rappel des réponses apportées aux 17 questions.
Vous pourrez - sélectionner le texte du rapport final pour le copier puis le coller dans votre dossier (bouton Sélectionner)
- imprimer un compte-rendu intégrant le nom du patient, votre cachet et signature (bouton Imprimer)

Le Test

V
1. Humeur dépressive:
La personne est-elle dans un état de tristesse, d'impuissance, d'auto dépréciation ?

- (•) Non
- ( ) Oui. Etats affectifs signalés uniquement si on l'interroge (ex. pessimisme, sentiment d'être sans espoir)
- ( ) Oui. Etats signalés spontanément et de manière verbale ou sonore (ex. par des sanglots occasionnels).
- ( ) Oui. Etats communiqués de manière non verbale (ex. expression faciale, attitude, voix, tendance à sangloter).
- ( ) Oui. La personne ne communique **pratiquement que** ces états affectifs verbalement et non verbalement.

V
2. Sentiments de culpabilité de la personne

- ( ) N'a pas de sentiments de culpabilité
- (•) S'adresse des reproches, et a l'impression d'avoir porté préjudice à des gens
- ( ) Idées de culpabilité et rumination sur des erreurs passées ou des actions condamnables
- ( ) La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité
- ( ) Entend des voix qui l'accusent ou la dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes

V
3. Suicide

- (•) N'a pas d'idée suicidaire
- ( ) A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
- ( ) Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
- ( ) Idées ou geste de suicide
- ( ) Tentatives de suicide (coter toute tentative de suicide sérieuse)

V
4. Insomnie de début de nuit

- (•) Pas de difficulté à s'endormir
- ( ) Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir
- ( ) Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir

V
5. Insomnie en milieu de nuit

- (•) Pas de difficulté
- ( ) Se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit
- ( ) Se réveille pendant la nuit (coter toutes les fois ou le patient se lève la nuit sauf si c'est pour aller aux toilettes)

Figure 2.1. *Extrait de l'outil de passation de l'échelle HDRS sur le site MG France*

2. http://www.mgfrance.org/index.php/exercice/utilitaires-en-consultation#d%C3%A9pression.
3. Classification commune des actes médicaux.

Dans l'avis de la commission de transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant les antidépresseurs, l'échelle de Hamilton est systématiquement mentionnée parmi les critères de jugement principaux d'efficacité de la molécule évaluée. Ainsi trouve-t-on dans un avis de 2015 concernant la vortioxétine[4] : « le critère de jugement principal était dans 11 études, la variation de la sévérité de l'EDM [épisode dépressif majeur] évaluée par l'échelle MADRS ou l'échelle HAM-D24 entre l'inclusion et après 6 à 8 semaines de traitement ». Dans un avis de 2013 sur la tianeptine[5], il est écrit de la même manière : « 268 patients hospitalisés et ambulatoires souffrant d'un épisode dépressif majeur récurrent (score de *Hamilton Depression Rating Scale* [HDRS] à 21 items ≥ 17 et au moins un épisode dépressif au cours des 5 dernières années) ont reçu de la tianeptine pendant 6 semaines ».

2.1.4. *L'essayer, c'est adopter sa dépression*

Si, selon Hamilton, la conception de son échelle s'est inscrite dans un corpus théorique précis, nous avons vu qu'il ne fournit aux lecteurs aucun élément pour identifier ce corpus, et comprendre ce que serait cette *dépression* qu'il est question de mesurer. Dans les usages ultérieurs, tels qu'ils se simplifient très rapidement dans les études d'évaluation de l'efficacité des traitements comme dans la détermination du diagnostic et des stratégies thérapeutiques en pratique clinique, le besoin d'une définition du phénomène examiné disparaît progressivement, ledit phénomène finissant par être assimilé à l'instrument qui le mesure (selon une conception implicitement opérationniste), au point que l'on perd de vue le caractère artefactuel de l'entité ainsi construite. La dimension performative de cette mesure est particulièrement critique dans le cas des troubles mentaux, puisque la constitution même de ces troubles chez le sujet intègre un façonnage social médié par la réflexivité du sujet et la « grammaire relationnelle » qui organise ses interactions lorsque le trouble mental considéré y intervient. Dans ces interactions, l'unidimensionnalité de la mesure masque la complexité et la variabilité internes du phénomène, et tend à le réifier en une entité monolithique résultant d'une cause unique (typiquement d'un dysfonctionnement des monoamines dans la dépression) lors même que le phénomène peut être polymorphe et résulter de mécanismes multiples. Cette standardisation de la manière dont on évalue les grandeurs psychiques, repose *in fine* sur l'hypothèse fort peu crédible d'une homogénéité des psychismes individuels.

L'existence du standard produit *un effet de mise en cohérence* de tous les niveaux des instances concernées par les dépressions et leur traitement, d'où un système de références

4. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2025252/fr/brintellix-vortioxetine-antidepresseur.
5. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-12029_STABLON_ReevalSMR_avis2_CT10411_CT12029.pdf.

extrêmement homogènes et très interdépendantes. La puissance de la norme ainsi engendrée entraîne une forte inertie au changement. De la définition de l'échelle de mesure à la manière dont les personnes pensent, vivent, et agissent leur « dépression », en passant par la définition des traitements, les essais thérapeutiques, les recommandations de bonnes pratiques, la formation des praticiens, les campagnes nationales d'information (Briffault *et al.* 2010), le commentaire des médias, les catégories de la grammaire sociale commune, etc., c'est toute une « construction sociale » que fait « tenir ensemble » l'échelle de Hamilton et « la dépression » qu'elle fait exister : « l'objet, initialement produit d'une convention, devient réel après avoir été transmis clé en main, et réutilisé par d'autres » (Desrosières 2000, p. 139).

2.2. Des critiques nombreuses, mais sans effet

L'échelle HRSD a été intensément critiquée sur de nombreux points. Elle ne serait pas assez sensible pour détecter les fines évolutions dues aux traitements (Faries *et al.* 2000). Elle serait biaisée en faveur des molécules sédatives, en raison de la part importante accordée aux différentes insomnies parmi les symptômes (Moller et Möller 2001)[6]. Il y a eu tellement de versions différentes utilisées que les résultats des différentes études ne peuvent pas être sérieusement comparés entre eux (Williams 2001). L'échelle « mesure » un concept de dépression vieux de plusieurs décennies et qui n'est plus que lointainement relié aux définitions du DSM-IV actuellement utilisées pour caractériser les patients dans les études. On mesure donc l'évolution de la sévérité avec un instrument qui ne concerne pas la même entité que celle selon laquelle les patients dépressifs ont été sélectionnés au préalable dans les échantillons soumis à étude (Bagby *et al.* 2004). Les échelles les plus utilisées (HRSD, BDI, CES-D, Zung) ont trop peu d'items en commun pour qu'on puisse raisonnablement penser qu'elles mesurent la même chose (Shafer 2010). Les cinq recommandations de bonnes pratiques visant à standardiser les labels qualitatifs de sévérité attribués aux scores de l'échelle aboutissent à des préconisations totalement divergentes : dans certaines recommandations, la dépression sévère commence à 29, tandis que, pour d'autres textes de référence, on atteint ce stade dès 18 (Kriston et von Wolff 2011). Ces divergences majeures ont évidemment des conséquences qu'il est impossible de sous-estimer, le seuil « sévère » étant par exemple celui qui détermine fréquemment l'abandon de la possibilité de recourir à la seule psychothérapie dans les recommandations de bonnes pratiques, ou qui détermine la possibilité de recourir à des solutions thérapeutiques plus invasives. D'autres encore recommandent un seuil de 24 (Zimmerman *et al.* 2013). D'autres échelles seraient meilleures pour la décision en médecine générale (Bech *et al.* 2015), etc. Nonobstant ces multiples critiques, dont la liste est ici loin d'être exhaustive, et les

6. Se reporter au tableau 2.1.

affirmations explicites selon lesquelles l'échelle de Hamilton aurait fait son temps, force est de constater que son usage perdure[7].

Trois raisons peuvent expliquer la « résistance » d'un outil ou d'une norme, c'est-à-dire sa capacité à résister à la critique interne et à la mise en cause de sa centralité sociale (Briffault et Martin 2011). Premièrement, un changement rend délicat le travail de comparaison et donc de validation d'une nouvelle méthode ou d'une nouvelle substance thérapeutique : l'échelle agit comme une norme dont il est très difficile de s'écarter. Tenter une nouvelle approche, c'est prendre le risque de devoir « tirer un trait » sur 50 ans de résultats disponibles. Deuxièmement, l'échelle se situe à l'intersection de plusieurs espaces sociaux régulés : les diverses communautés scientifiques et professionnelles (médecins, psychiatres, psychothérapeutes, pharmaciens, chercheurs, etc.), les industriels du secteur pharmaceutique, les autorités de la santé publique, les associations d'usagers et de malades, etc. Critiquer ou modifier cette échelle revient à déstabiliser, d'une manière ou d'une autre, les pratiques en vigueur dans ces divers espaces sociaux, dont beaucoup d'acteurs ont par ailleurs un intérêt spécifique à maintenir le *statu quo*. Aujourd'hui la légitimité de l'échelle ne provient plus de son origine ou de ses qualités psychométriques, mais de ses usages ancrés dans les institutions de santé et dans les pratiques thérapeutiques. Troisièmement, la logique numérique de l'échelle de Hamilton s'inscrit parfaitement dans la « confiance dans les nombres » grâce à laquelle :

> « Le succès des mesures vient de ce qu'elles donnent des directions aux activités mêmes qui sont mesurées. De cette manière les individus sont rendus gouvernables […] Les nombres créent et peuvent être comparés à des normes qui sont parmi les formes de pouvoir les plus douces et pour autant les plus influentes dans les démocraties modernes. » (Porter 1996, p. 45)

Pour des opérateurs de santé publique qui se préoccupent de réduire le niveau moyen de dépressivité de la population (que l'existence d'une mesure quantitative continue validée rend ontologiquement quasi similaire à la quantité d'alcool ou de tabac consommée), comme pour des firmes pharmaceutiques qui cherchent à disposer d'un indicateur dit « scientifique » de l'efficacité de leurs produits, l'échelle de Hamilton n'a en effet que des avantages.

Pour des individus qui se préoccupent de sortir de leur état dépressif et de ne pas y retomber, la situation est sans doute différente. Ce qui se dégage des innombrables

7. « Il est temps de mettre l'échelle de dépression de Hamilton à la retraite. Le champ a besoin d'avancer et de se choisir un nouvel étalon-or qui intègre de nouvelles méthodes psychométriques modernes et des définitions contemporaines de la dépression » (Bagby *et al.* 2004, p. 2175).

travaux disponibles, c'est avant tout que la dépression est le résultat d'un enfermement dans une situation (psychologique, relationnelle, sociale, etc.) intolérable dont on ne peut plus sortir, et au sein de laquelle s'enclenche un cercle vicieux dépressogène dans lequel les mécanismes biologiques, psychologiques, relationnels et sociaux s'articulent de façon délétère pour produire « de la dépression » (Briffault 2010). C'est sans doute là le point commun de toutes les dépressions. Mais il y a d'innombrables moyens de se trouver enfermé dans des situations intolérables et d'y être maintenu. C'est pourquoi, malgré leur apparente similarité (ils ont tous un « épisode dépressif majeur »), les sujets des essais contrôlés randomisés et de l'échelle de Hamilton – à partir desquels est construite toute la connaissance sur l'efficacité des traitements dans la logique de l'*Evidence-Based Medicine* – sont en vérité très différents. Mais dans un dispositif tel que celui des essais contrôlés randomisés, dont la finesse d'analyse ne dépasse pas quelques variables en raison des limitations liées à l'exigence d'obtenir des résultats « statistiquement significatifs » sur des échelles quantitatives, il est absolument impossible de tenir compte de cette complexité et de ces spécificités. *Soumises aux impératifs de la* « médecine des preuves » *et à la demande sociale et politique d'indicateurs quantitatifs standardisés d'évaluation des bénéfices thérapeutiques, toutes les thérapies nécessitant des approches cliniques singularisées rencontrent des difficultés à exister et à trouver une légitimité sociale et académique*.

2.2.1. *Une institution problématique de la dépression*

L'échelle HDRS a connu un succès exceptionnel et, à l'évidence elle a contribué à une accumulation impressionnante de données. Pour autant, le périmètre d'interprétation de ces données reste limité par le cadre théorique (implicite, nous l'avons vu) qui sert de fond à l'échelle. La dépression qu'institue l'échelle de Hamilton repose en effet sur un certain nombre d'hypothèses, qu'un courant de recherche émergeant considère comme problématiques. Elles sont résumées par Eiko Fried dans un article intitulé « Problematic assumptions have slowed down depression research » (Fried 2015).

La *première* est que la dépression est une catégorie de maladie distincte, une « espèce naturelle », à l'instar des éléments de la table de Mendeleïev, de l'infarctus du myocarde dont le dosage de la proportion de créatine kinase est un marqueur du niveau de dégradation musculaire, du cancer de la prostate dont la mesure des PSA (antigène prostatique) donne une estimation de probabilité d'existence, autant de phénomènes naturels qu'il est possible de relier causalement à une unique valeur numérique. Cette idée que les troubles mentaux sont des entités naturelles distinctes prévaut dans la société contemporaine, chez les professionnels comme pour le grand public (Haslam et Ernst 2002 ; INPES 2005), un état de fait qui pourrait résulter d'une tendance plus générale à l'essentialisation en psychiatrie et au-delà (Adriaens et De Block 2013). L'échelle

d'Hamilton mesurerait donc une entité réelle sous-jacente unique et spécifique dont les symptômes évalués seraient la manifestation de surface.

La *seconde* est que la dépression est la cause commune (variable latente dissimulée) des symptômes observables du syndrome dépressif, les symptômes devenant de ce fait équivalents et interchangeables, et pouvant être considérés comme contribuant chacun pour sa valeur numérique propre au score global d'une échelle sommative, dont l'échelle HDRS est le paradigme et l'étalon-or.

Enfin, les corrélations entre symptômes sont supposées être totalement expliquées par leur supposée cause commune. *Cet idéal-type implicite qui organise massivement le fonctionnement collectif de la recherche sur la dépression interdit de penser que les interactions signifiantes entre symptômes puissent être prises en considération, et que les items individuels de l'échelle puissent exprimer autre chose que les manifestations de l'entité naturelle dont ils sont supposés être les effets*. Or le statut ontologique même de la dépression comme entité causale autonome est aujourd'hui très largement contesté, et de nouvelles formes de conceptualisation sont maintenant disponibles.

2.2.2. *De nouvelles espèces dépressives*

En 2011, Kendler, Zachar et Craver suggèrent d'abandonner la quête sans fin de « l'essence » des espèces psychiatriques au profit d'une « recherche des mécanismes causaux complexes et multi-niveaux qui produisent, sous-tendent et maintiennent les syndromes psychiatriques » (Kendler *et al.* 2011, p. 1146). Ils proposent, s'inspirant des travaux du philosophe Richard Boyd sur la caractérisation des espèces vivantes, de définir les espèces psychiatriques, à l'instar des espèces vivantes, par des clusters de propriétés causalement co-articulées par des mécanismes homéostasiques (*mechanistic property clusters*). Les « espèces » y sont conçues comme des attracteurs durables dans le graphe des propriétés, des « patterns plus ou moins stables d'interactions complexes entre comportement, environnement et physiologie qui sont apparus lors du développement, de l'évolution et de l'interaction avec l'environnement » (Kendler *et al.* 2011, p. 1147). À la différence de ce que soutient l'approche essentialiste, cette perspective en réseau considère les troubles psychiatriques comme « des ensembles de symptômes qui sont connectés entre eux par un système de relations causales ». Des sous-systèmes peuvent s'y stabiliser, et suggérer la manifestation d'une « force » unique sous-jacente. Mais, ce résultat est simplement dû au fait que les mécanismes articulant les symptômes entre eux produisent temporairement ou plus longuement une stabilité locale.

Dans leur pratique, les cliniciens (psychologues) raisonnent bien en construisant des théories sur les réseaux de causalité entre symptômes, sans les rattacher à une hypo-

thétique et unique maladie sous-jacente (Kim et Ahn 2002), ce qui aide d'ailleurs à comprendre pourquoi ils rechignent souvent à utiliser des instruments « evidence-based » (Jensen-doss *et al.* 2010). Borsboom et ses collègues (qui citent l'article de Kendler) s'appuient sur ce constat et fournissent une base empirique aux propositions de Kendler *et al*. (Borsboom *et al.* 2011) en montrant que la structure du réseau des symptômes constituant les syndromes du DSM permet d'expliquer les comorbidités empiriquement observées entre catégories diagnostiques, mais également les prévalences de l'épisode dépressif majeur et du trouble anxieux généralisé en population générale. L'une des observations les plus importantes permises par cette approche est de considérer que les troubles mentaux obéissent à un principe de « multi-réalisabilité » (ou d'avènements multiples). Parmi les 21 258 paires de symptômes constituant le réseau des symptômes du DSM, on peut mettre en effet en évidence 129 643 plus courts chemins distincts entre deux symptômes quelconques de ce graphe. En d'autres termes, l'approche réseau prédit que « les cas individuels de troubles mentaux seront hautement idiosyncrasiques, tant en ce qui concerne les déterminants génétiques et environnementaux du trouble qu'en ce qui concerne les voies étiologiques par lesquelles ils se sont développés » (Borsboom *et al.* 2011, p. 9). Cette idiosyncrasie est par ailleurs parfaitement compatible avec la stabilité des statistiques populationnelles, comme le montrent les simulations informatiques réalisées d'après ce modèle. En conséquence de quoi, selon les auteurs :

> « la recherche en psychopathologie bénéficierait de l'adoption d'une approche psychosystémique qui s'attaquerait à la complexité inhérente aux troubles mentaux en utilisant des modèles explicites d'interactions entre les caractéristiques psychologiques, biologiques et sociales qui jouent un rôle dans le développement de conditions psychiatriques précises, entendues comme clusters de propriétés causalement reliées » (Borsboom *et al.* 2011, p. 9).

C'est précisément l'inverse du type de logique à l'œuvre dans l'analyse des rapports entre symptômes, et entre symptômes et maladie, qu'instituent l'échelle de Hamilton et toutes les échelles du même type.

La question du statut ontologique des troubles mentaux occupe les philosophes depuis longtemps, et continue de les préoccuper, comme en attestent les nombreux textes récents qui abordent les problèmes et solutions évoqués en épistémologie, ontologie, éthique, sociologie de la psychiatrie, des troubles mentaux, et en particulier de la dépression (Hundert 1990 ; Bolton et Hill 1996 ; Goldberg 2000 ; Nesse 2000 ; Kendell et Jablensky 2003 ; Ehrenberg 2005, 2004 ; Karasz 2005 ; Kendler 2005 ; Fulford *et al.* 2006 ; Bolton 2008 ; Aragona 2009 ; Gaete 2009 ; Pérez-Alvarez *et al.* 2009 ; Graham 2010 ; Gorostiza et Manes 2011 ; Kendler *et al.* 2011 ; Kendler, Parnas 2012 ; Markova et Berrios 2012 ; Jungert 2013 ; Parnas *et al.* 2013 ; Schramme 2013, 2010). L'approche « réseau » des

troubles mentaux et de la dépression que nous venons d'évoquer apporte des solutions élégantes, empiriquement testables, et méthodologiquement instrumentées à de nombreux problèmes qui sont soulevés dans ce corpus de recherche, et à nombre des apories rencontrées lorsqu'on ne parvient pas à dépasser les limites de l'approche essentialiste et des définitions opérationnalistes des échelles dimensionnelles de type HDRS, couplées à des logiques catégorielles telles que celles du DSM. Cette perspective en réseau s'intègre par ailleurs parfaitement aux approches thérapeutiques plus précises, plus individualisées, et de granularité plus fine qui se développent actuellement sous le terme générique de « médecine personnalisée ». Ainsi, pour Saltiel « sous chaque symptôme dépressif peut en fait se trouver un mécanisme spécifique intégrant de multiples circuits neuronaux dysfonctionnels » (Saltiel et Silvershein 2015, p. 878). Il s'agit de bien comprendre les interactions entre les symptômes cliniques, les systèmes de causalité impliqués et les mécanismes d'action des thérapies pour concevoir une thérapeutique « customisée » au profil clinique unique de chaque patient. « Bien comprendre » n'est pas ici un vain mot puisqu'il s'agirait en l'occurrence d'être capable (pour la seule pharmacologie) de combiner au minimum une vingtaine de molécules agissant sélectivement ou globalement sur plus d'une dizaine de transporteurs ou récepteurs pré ou post-synaptiques influençant négativement ou positivement la production et l'activité d'au moins 6 neurotransmetteurs en interaction systémique, le tout fonctionnant dans au minimum 17 régions cérébrales différentes reliées par une quarantaine de connexions monoaminergiques différentes (pour les détails, nous renvoyons le lecteur à l'article de Korte *et al.* pertinemment intitulé « les nombreux et différents visages de la dépression caractérisée : le temps est venu pour une médecine personnalisée » (Korte *et al.* 2015)). Si on ajoute à cette complexité la nécessaire compréhension des multiples mécanismes « génétiques, épigénétiques, d'altération de la circuiterie neuronale, de l'histoire familiale, personnelle, des influences environnementales précoces ou récentes – liste non limitative » (Alhajji et Nemeroff 2015, p. 6) qui engendrent et maintiennent le profil psychiatrique spécifique de chaque patient, on ne peut que constater que le chemin est long entre ce que ces nouvelles approches suggèrent, d'une part, et ce que les actuelles recommandations de bonnes pratiques structurées par l'échelle de Hamilton préconisent de mettre en œuvre (HAS 2002, 2005, 2014), d'autre part, ou encore entre ces nouvelles approches et ce que les principaux acteurs de la prise en charge de la dépression font effectivement (Dumesnil *et al.* 2014), enfin.

La recherche en psychothérapie avait déjà beaucoup œuvré pour contester le modèle « médical » des troubles mentaux, en défendant l'idée que la maladie est individualisable et peut être soumise par conséquent à un traitement lui-même spécifique (Norcross et Wampold 2011 ; Wampold 2013). Les travaux en psychothérapie s'intéressent également aujourd'hui à ces nouvelles conceptualisations de la dépression et plus généralement de la psychopathologie (Borsboom et Cramer 2013). Hayes *et al.* s'appuient ainsi sur ces travaux et sur la théorie des systèmes dynamiques pour proposer un modèle psychothérapeutique de déstabilisation des bassins d'attraction psychopathologiques de la

dépression. L'approche les conduit à déterminer et à soutenir des transitions vers des états plus positifs et des patterns de mécanismes plus adaptatifs (Hayes *et al.* 2015). L'un des points intéressants de leur proposition est qu'elle s'accompagne de solutions technologiques de type *Ecological Momentary Assessment/Ecological Momentary Interventions* qui facilitent la détermination de la structure des réseaux psychopathologiques individuels et de leurs points de transition. En particulier, cette intervention ouvre l'observation des symptômes et du fonctionnement à une granularité temporelle et spatiale très supérieure à ce qu'il est possible d'envisager sans une instrumentation technologique adaptée (Schiepek *et al.* 2015).

2.3. Vers une crise paradigmatique ?

Les analyses que nous venons de présenter suggèrent que le champ des travaux scientifiques, cliniques et thérapeutiques portant sur la dépression est dans un état de crise majeure. L'outillage conceptuel, méthodologique et expérimental développé il y a des décennies, où l'échelle de Hamilton figure en bonne place, s'est imposé comme l'état de la « science normale » de la dépression, pour reprendre la conceptualisation bien connue de Thomas Kuhn (Kuhn 2008). Mais, cet outillage n'a clairement pas produit les résultats escomptés. La conceptualisation de la dépression demeure un problème, et il est de plus en plus clair que c'est un problème mal posé. Les attaques du paradigme standard se multiplient, et elles ne viennent plus seulement d'acteurs marginaux, de publications périphériques ou de groupes professionnels mis en position défensive ou agressive pour la défense ou la conquête d'anciennes ou de nouvelles juridictions (Castel 2006 ; Abbott 2014 ; Briffault 2016). Elles proviennent de revues scientifiques centrales dont les *impact factors* sont considérables, d'acteurs scientifiques de premier plan, d'institutions majeures. À ce titre, les critiques de l'échelle de Hamilton peuvent directement être versées à ce dossier de contestation.

Il ne suffit cependant pas que des acteurs individuels, même majeurs, contestent, même avec force et pertinence, un paradigme pour que celui-ci soit ébranlé, et moins encore pour qu'il s'écroule : « Une fois qu'on a trouvé un paradigme au travers duquel considérer la nature, il n'est plus question d'effectuer une recherche en l'absence de tout paradigme. » (Kuhn 2008, p. 117). Ce propos de Thomas Kuhn peut être rapproché de celui qu'Alain Desrosières a formulé à propos des outillages statistiques :

> « Dans aucun cas il n'est envisageable de rouvrir la boîte et d'en regarder le contenu, et ceci non par machiavélisme ou souci de tromper, mais simplement par économie. La fermeture de la boîte a eu un coût. Elle a été un investissement, dont on peut espérer tirer les fruits de façon machinale, comme on le ferait pour d'autres outils. Défaire une statistique est au moins aussi coûteux que de la faire. » (Desrosières 2008, p. 93)

Il faut donc de très sérieuses raisons « pour rouvrir la boîte et en regarder le contenu ». Il existe aujourd'hui, nous l'avons vu, des éléments convaincants pour construire un nouveau paradigme et pour reposer le « problème dépressif » à nouveaux frais. De solides bases épistémologiques et méthodologiques sont désormais disponibles pour penser la dépression sous le mode d'un réseau causal. La transition paradigmatique est un moment difficile durant lequel les pertes scientifiques et humaines peuvent être importantes dans un « monde disloqué » (Kuhn 2008, p. 116), et à la fois un temps d'excitation durant lequel :

> « Guidés par un nouveau paradigme, les savants adoptent de nouveaux instruments et leurs regards s'orientent dans une direction nouvelle. Fait encore plus important, durant les révolutions, les scientifiques aperçoivent des choses neuves et différentes, alors qu'ils regardent avec des instruments pourtant familiers dans des endroits qu'ils avaient pourtant déjà examinés. » (Kuhn 2008, p. 157)

C'est le moment où, selon les illustrations bien connues des psychologues gestaltistes sur le renversement des figures visuelles, « ce qui avant la révolution, était pour l'homme de science un canard, devient un lapin » (Kuhn 2008, p. 158).

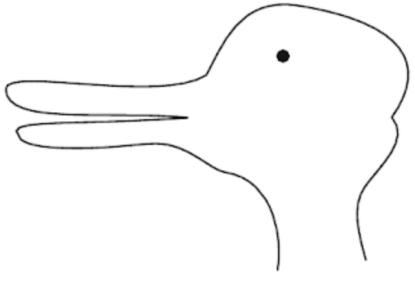


Figure 2.2. *Le canard-lapin, tel que croqué par Wittgenstein (Wittgenstein 1958, p. 194) d'après Jastrow (Jastrow 1900)*

Le *canard-lapin dépressif* vit aujourd'hui de violentes secousses identitaires. Le canard de la dépression (entité naturelle isolable produisant ses symptômes dont on cumule les mesures individuelles pour produire une quantité de sévérité mesurable sur le continuum d'une échelle de type HRDS) continue d'être nettement perceptible dans la littérature scientifique. Mais suffisamment d'éléments sont venus s'ajouter à cette représentation pour que la figure du lapin de la dépression (réification arbitraire d'attracteurs transitoires de la dynamique d'un réseau de symptômes interconnectés) vienne s'imposer peu à peu. On peut rechercher les éléments qui seraient susceptibles de favoriser la

stabilisation de cette figure, donc du nouveau paradigme qui la sous-tend, et qui serait susceptible de freiner la poursuite de la domination du canard dépressif. Pour cela, il faut interroger l'effet d'inertie qui entoure un paradigme. Un paradigme, c'est bien entendu un ensemble articulé de catégories d'entendements et de manières communes de raisonner. Mais c'est aussi et peut être surtout tout un dispositif social qui les instancie, les contrôle, et s'assure de la régulation « homéostatique » des acteurs qui y participe. C'est donc tout un dispositif qu'il s'agirait de transformer.

2.3.1. *La régulation EBM du dispositif dépression*

Ce dispositif, c'est celui de l'EBM (*Evidence-Based Medicine*), résumé dans la figure 2.3 (Briffault 2013a), qui s'impose aujourd'hui comme idéal-type de la prise en charge, y compris en médecine mentale et pour la dépression. La logique EBM déplace le raisonnement clinique et physio-psycho-pathologique organisé par des modèles spécifiques d'enchaînements de causes et de conséquences appliqués aux individus concrets vers un raisonnement statistique et probabiliste organisé par *la modification de facteurs de risques s'appliquant à un individu moyen théorique*. Il s'agit de calculer pour un patient donné le traitement qui a « en moyenne » la meilleure probabilité de succès avec les plus faibles probabilités de conséquences négatives (probabilité relative de bénéficier ou de pâtir, ou PRBP, icône (M) dans la figure). Ceci implique que la relation du patient et du praticien (I) soit structurée par un cadre « EBMisé » (H), qui définit les rôles que sont censés adopter praticien (PRt) et patient (Pat) au sein d'une relation thérapeutique. Afin que ces rôles puissent être adoptés par les personnes physiques, la formation idoine des praticiens (P) comme des patients (une « éducation à la santé » –N–) est nécessaire. Pour garantir la conformité des pratiques du praticien au rôle défini, une évaluation à visée formative des pratiques professionnelles (EPP –O–) est requise tout au long de son temps d'activité. Le praticien doit donc pouvoir produire une liste de traitements envisageables ordonnés par probabilités (K). Pour cela, il doit avoir accès (ce qui implique l'existence d'un système d'accès aux ressources bibliographiques (Q)) aux études expérimentales produisant les tailles d'effet des traitements (D), que ce soit sous leur forme princeps (ECR –E–), sous un mode intégrant les résultats d'études princeps en méta-analyses (F), à travers la synthèse des grands résultats (revue systématique de littérature, expertise collective), ou de manière plus directement prescriptive au regard de ce qui est attendu dans la pratique (recommandations de bonnes pratiques) (G). À ces résultats issus de la « recherche scientifique expérimentale », il doit ajouter son expérience clinique (J), nécessairement formatée dans les catégories qui sont celles des études expérimentales, et les valeurs et préférences du patient (L), elles aussi nécessairement formatées dans les mêmes catégories afin qu'elles puissent être utilisées par le modèle.

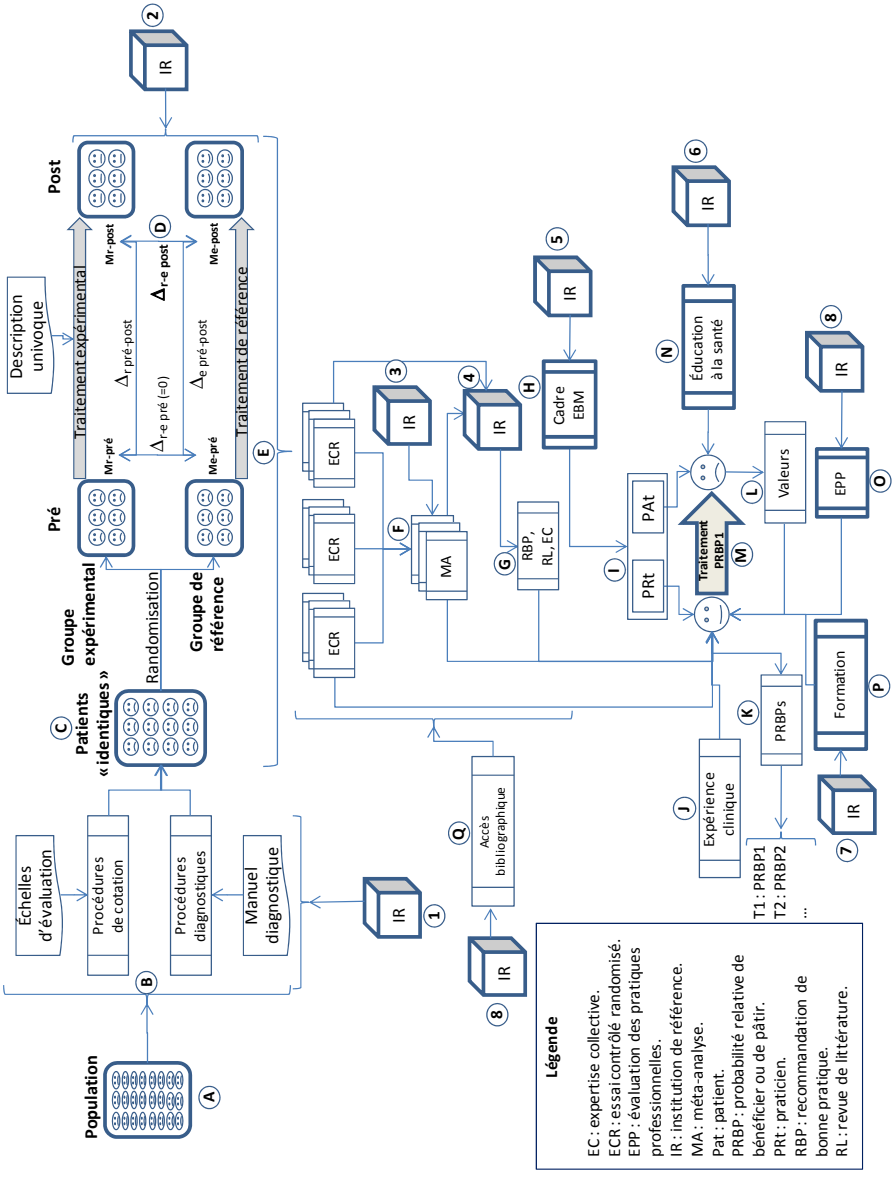


Figure 2.3. *Le dispositif de l'Evidence-Based Medicine (Briffault 2013a)*

Les essais contrôlés randomisés, qui forment la matière première de ce processus de production de traitements, ont pour objectif de calculer une taille d'effet qui quantifie la contribution spécifique du traitement testé (qui doit être décrit de façon univoque de manière à pouvoir être répliqué à l'identique en dehors de l'étude) au résultat thérapeutique (D). Afin de neutraliser les évolutions naturelles de la pathologie visée, et les effets thérapeutiques non spécifiquement dus au traitement, l'efficacité de celui-ci est mesurée par la différence des résultats obtenus entre le groupe expérimental et le groupe de référence post-traitement (Δr-e post) au moyen d'une mesure standardisée (M) et non par la différence observée entre les scores pré et post-traitement du groupe expérimental (Δe pré-post). Selon ce modèle, la constitution de deux groupes est nécessaire. Afin de neutraliser les effets de la variabilité inter-patients, l'affectation de chacun d'eux doit se faire de façon aléatoire, à partir d'un groupe de patients a priori « identiques », issus d'une population de référence au sein de laquelle le traitement testé sera utilisé (A). Pouvoir construire des patients « identiques » nécessite la définition de diagnostics standardisés issus d'un manuel de référence (le DSM pour les troubles mentaux), construits par des procédures elles-mêmes standardisées (B), l'ensemble ayant pour but de maximiser la fidélité inter-juges : le même cas soumis à plusieurs praticiens devra donner lieu au même diagnostic. Sont alors « identiques » deux patients ayant reçu la même évaluation clinique.

Pour mesurer l'effet du traitement sur la sévérité de la pathologie, il est par ailleurs nécessaire de disposer, à l'instar des procédures de diagnostic catégoriel, d'instruments fidèles de production d'une mesure continue, soit donc d'échelles d'évaluation et de procédures de cotation garanties par un étalon-or en vue d'assurer la comparabilité des scores et des résultats ; d'où un processus dont l'échelle de Hamilton est le produit et le vecteur à la fois (B). La standardisation des diagnostics et des échelles de sévérité découle donc logiquement de la nécessité de comparer l'efficacité des traitements entre eux.

Le management de l'ensemble de ce processus nécessite l'existence d'institutions de références (1 à 8), qui assurent la production, la publication, et le contrôle des différents objets et procédures nécessaires à son bon fonctionnement par l'intermédiaire (1) des manuels et échelles diagnostiques, (2) des essais cliniques, (3) des méta-analyses, (4) des recommandations de bonnes pratiques, des revues systématiques de littérature, des expertises collectives, (5) du cadre EBM, (6) de l'éducation à la santé des patients, (7) de la formation initiale et continue des praticiens, (8) de l'évaluation de leurs pratiques professionnelles, ou encore de la gestion des ressources bibliographiques (9). En France par exemple, l'INSERM, la HAS, l'INPES, l'INVS, l'INIST, l'ABES, etc. assurent chacune l'un ou plusieurs de ces rôles, parmi de nombreuses autres institutions participant à et de la régulation EBM (le NICE, la Cochrane, le NIMH, les comités de sélection des revues scientifiques, etc.).

Dans la logique EBM, ce dispositif a vocation à être totalement automatisé. Comme l'écrivent les auteurs d'un best-seller de la médecine fondée sur les preuves :

> « Un système médical parfait devrait intégrer et résumer tous les résultats importants et pertinents concernant un problème clinique et devrait automatiquement relier, via un dossier médical électronique, les spécificités du patient à l'information pertinente. L'information contenue dans le système serait fondée sur une démarche explicite de revue de la littérature pour trouver et évaluer les nouveaux résultats publiés et mis à jour de façon fiable et rapide dès qu'ils sont disponibles. » (Straus *et al*. 2006, p. 35-36)

Si « un tel système ne dit pas aux décideurs ce qu'il faut faire », ce n'est que parce que « cela [nécessite] d'intégrer au système les spécificités du patient et de ses désidératas » (ibid.), et que le praticien demeure pour le moment impossible à remplacer pour l'identification des signes pathologiques et pour l'établissement du diagnostic. Une fois le diagnostic formulé dans les termes requis, à partir des signes prédéfinis, le processus qui conduit à la détermination du traitement ayant la meilleure PRBP ne nécessite théoriquement pas d'intervention humaine, même s'il existe évidemment des difficultés pour l'automatiser totalement. Mais, comme le suggèrent les outils d'aide informatisés proposés par les syndicats de médecin, même cette étape de recueil des signes peut être automatisée, y compris dans le cas des troubles mentaux, domaine dans lequel on s'attendrait au contraire à ce que la clinique et l'intersubjectivité jouent un rôle majeur dans le recueil des données.

Les catégories et les procédures diagnostiques requises pour intégrer le processus menant à la mise en œuvre de la thérapeutique ont donc une importance critique : une fois les « data » diagnostiques entrées, le logiciel EBM se déroule logiquement pour déterminer un traitement à appliquer, selon un ensemble de mécanismes inférentiels définis par le paradigme auquel se rattache la théorie dont sont issues les catégories et procédures diagnostiques utilisées. Choisir un (type de) diagnostic, et un type de méthode ou d'échelle d'évaluation, c'est déjà choisir les chemins logiques qui permettent certaines voies thérapeutiques, certaines théories de référence, et en interdisent d'autres.

2.3.2. *Ouverture technologique : vers un nouvel idiome de la santé mentale*

Si les conceptualisations diagnostiques et les pratiques de prise en charges des problèmes dépressifs devaient évoluer vers de nouvelles approches, c'est aux différents niveaux du dispositif impliqué par l'intervention sur les troubles que cette évolution devrait prendre place. Pour cela, le facteur limitant est sans aucun doute l'idiome

actuellement utilisé dans le champ de la santé mentale. En l'absence d'un langage commun qui disposerait d'une capacité expressive suffisante pour permettre la communication des problèmes dépressifs au sein d'un nouveau paradigme, aucune évolution n'est envisageable, l'absence d'une langue partagée limitant par avance l'étendue des éléments dicibles et même pensables.

Un enrichissement de l'idiome permettant de penser et parler différemment les problèmes dépressifs devrait passer par la diffusion de nouveaux outillages méthodologiques, statistiques et techniques, capables d'affiner le grain des observations et d'augmenter nos capacités à saisir les dynamiques des situations complexes. À l'époque où Hamilton a conçu son échelle et réalisé les calculs qui l'ont rendue crédible, les ordinateurs pesaient plusieurs dizaines de kilos, occupaient plusieurs mètres carrés, fonctionnaient en traitement par lot avec des cartes perforées, et leur puissance était très inférieure à celle dont nous disposons aujourd'hui dans une montre connectée. L'usage des techniques statistiques, elles-mêmes rudimentaires, était limité par ces contraintes logistiques. Hamilton se plaignait d'ailleurs dans un article de 1965 des limites dont souffrait l'utilisation de l'informatique par les médecins :

> « Le médecin ou le chercheur qui tente de faire de la programmation lui-même est rapidement désillusionné. L'utilisateur qui ne peut pas aller personnellement dans un site informatique et trouver un programmeur avec qui discuter de ses problèmes se trouve dans une situation quasi impossible. » (Hamilton 1965, p. 1048)

Aujourd'hui, les outils disponibles permettent de considérer chaque individu comme le résultat en évolution permanente de multiples facteurs en interaction causale. Cette opportunité offre la possibilité de s'éloigner de l'idée d'un individu conçu comme une instanciation d'un cas général très grossier, comme y obligent les outils statistiques classiques de l'épidémiologie psychiatrique, des essais contrôlés randomisés, et des méta-analyses. C'est en particulier le cas des nouveaux outils technologiques et des méthodes d'analyse de l'*Ecological Momentary Assessment* et de l'*Ecological Momentary Intervention*. S'inscrivant dans un mouvement général de développement des technologies « objets connectés » et « Big Data » appliquées à la santé et à la médecine (Alyass *et al.* 2015 ; Andreu-Perez *et al.* 2015 ; Ghassemi *et al.* 2015 ; Wood *et al.* 2015), l'utilisation de ces outils numériques mobiles et des méthodes d'analyse qui les accompagnent présente un potentiel particulièrement intéressant en psychiatrie, lieu par excellence des interactions complexes, mouvantes et difficiles à saisir. Plusieurs études ont d'ores et déjà montré la faisabilité et l'intérêt de ces nouvelles approches dans l'accès à la dynamique des symptômes dépressifs en milieu écologique avec une fréquence de mise à jour infra-circadienne, c'est-à-dire avec des mesures qui peuvent être répétées jusqu'à plusieurs fois par heure, voire être suivies en continu (Wenze et Miller 2010 ;

Armey *et al.* 2015 ; Kim *et al.* 2015 ; Maezano *et al.* 2015 ; Teicher *et al.* 2015 ; Teng *et al.* 2015). L'intérêt de ces nouveaux outils ne se limite pas à la seule observation. Ils peuvent également être utilisés pour proposer des interventions ciblant les mécanismes spécifiques identifiés chez une personne particulière, et être intégrés finement de la sorte dans sa vie quotidienne dans le but d'agir de façon précise et au bon moment sur ces mécanismes (Depp *et al.* 2014 ; Whitton *et al.* 2015 ; Chan *et al.* 2016).

Considérée à l'aune de ces nouvelles possibilités, l'échelle de mesure de la dépression de Hamilton et son résultat globalisant, obtenu par sommation de 17 items, apparaissent pour ce qu'ils sont : une extrême simplification, compréhensible dans le contexte de sa création, mais qui limite aujourd'hui drastiquement les possibilités de comprendre réellement le phénomène complexe qu'elle était supposée mesurer.

2.4. Conclusion

L'échelle de Hamilton pour la dépression n'est en rien unique dans l'univers des troubles mentaux. Chaque trouble a son échelle étalon-or. Dans le cas des troubles obsessionnels-compulsifs qu'examine Margot Morgiève (dans ce volume), c'est la *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) qui fait autorité. Elle est à ce point intégrée dans la culture des cliniciens-chercheurs du service de psychiatrie de pointe qu'observe l'auteure que ceux-ci placent directement leurs patients sur les différents degrés de l'échelle, sans même l'administrer formellement, tant ils l'ont intériorisée. À l'instar de l'infirmière Jenny Fields du *Monde selon Garp* (Irving 1980) qui distinguait parmi les blessés de guerre dont elle avait la charge « les externes, les organes vitaux, les absents, et les foutus », le professeur M. voit directement ses patients comme des « moins de 20 », des « 20 à 25 » ou des « plus de 30 ». Cette catégorisation éminemment heuristique est très opérationnelle. Elle distingue d'emblée ceux qui pourraient bénéficier d'une thérapie cognitivo-comportementale, ceux qui relèveraient plutôt d'une approche pharmacologique, et ceux qui pourraient être orientés vers un protocole de stimulation cérébrale profonde. Mais il faut, pour que cette catégorisation fonctionne à son plein rendement heuristique, que les patients parlent le « Y-BOCSien », ou le « Hamiltonien », afin qu'on puisse correctement les situer dans l'univers du discours dans lequel s'origine l'échelle. C'est pourquoi les instructions de passation de la Y-BOCS recommandent de bien définir aux patients les obsessions et les compulsions qu'il est question d'évaluer, afin que le langage idiomatique qu'ils utilisent pour parler d'eux-mêmes puisse être réexprimé dans les signes médico-cliniques utilisés par l'échelle. Cela peut parfois être long, comme le souligne le docteur C., psychologue clinicienne citée par Margot Morgiève, qui « connaît par cœur les cotations », et regrette un peu que « pour certains patients résistants, [elle] n'arrive pas à faire la Y-BOCS au premier entretien ». Ainsi de Mlle G. qui « ne savait pas ce qui était TOC et ce qui ne l'était pas » ou de M. P « qui va être opéré ».

Il n'y a aucun doute qu'on puisse socialiser les cliniciens et les patients à penser et nommer pour les uns, se penser et se dire pour les autres, en quelques acronymes et nombres entiers, dont dérivent des décisions thérapeutiques aussi subtiles et complexes que le sont les catégories qui leur servent de base. Ainsi, dans l'idiome de santé mentale que détermine cette manière de penser les fonctionnements psychiques, tout EDM dont le score HRSD est supérieur à 28 devra prendre un antidépresseur ISRS en première intention.

Mais qu'inflige à la réalité sous-jacente cette extrême généralité des catégories ? Comme on l'a déjà souligné, même en se limitant à la seule pharmacologie de la dépression et en se situant dans le cadre d'un modèle neurobiologique simplifié de celleci, on dispose déjà d'au moins une vingtaine de molécules capables d'agir sélectivement ou globalement sur plus d'une dizaine de transporteurs ou récepteurs pré ou post-synaptiques influençant négativement ou positivement la production et l'activité d'au moins 6 neurotransmetteurs en interaction systémique, le tout fonctionnant dans au minimum 17 régions cérébrales différentes reliées par une quarantaine de connexions monoaminergiques spécifiques[8]. La réduction des configurations de ce système à « un score HRSD de 28 » s'apparente de fait à une limitation dommageable des possibilités de compréhension du phénomène dépressif et, partant, de la faculté offerte à agir sur lui.

2.5. Bibliographie

Abbott, A. (2014), *The System of Professions, An Essay on the Division of Expert Labor*, University of Chicago Press, Chicago.

Adriaens, P.R. and De Block, D. (2013), Why we essentialize mental disorders, *Journal of Medicine and Philosophy*, 38(2), 107–127.

Alhajji, L. and Nemeroff, C.B. (2015), Personalized medicine and mood disorders, *Psychiatric Clinics of North America*, 38(3), 395–403.

Alyass, A., Turcotte, M. and Meyre D. (2015), From Big Data analysis to personalized medicine for all: Challenges and opportunities, *BMC Medical Genomics*, 8(1), 33.

Andreu-Perez, J., Poon, C.C.Y., Merrifield, R.D. and Wong S.T.C. (2015), Big data for health, *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 19(4), 1193–1208.

Aragona, M. (2009), The concept of mental disorder and the DSM-V, *Dialogues in Philosophy, Mental and Neurosciences*, 2(1), 1–14.

Cette bibliographie est identique à celle de l'ouvrage correspondant en anglais publié par ISTE.

8. Pour les détails de cette analyse, nous renvoyons le lecteur à l'article de (Korte *et al.* 2015).

Armey, M.F., Schatten, H.T., Haradhvala, N. and Miller, I.W. (2015), Ecological Momentary Assessment (EMA) of depression-related phenomena, *Current Opinion in Psychology*, 4, 21–25.

Bagby, R.M., Ryder, A.G., Schuller, D.R. and Marshall M.B. (2004), The Hamilton Depression Rating Scale: Has the gold standard become a lead weight? *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2163–2177.

Bech, P., Paykel, E., Sireling, L. and Yiend, J. (2015), Rating scales in general practice depression: Psychometric analyses of the clinical interview for depression and the Hamilton Rating Scale, *Journal of Affective Disorders*, 171, 68–73.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. and Erbaugh, J. (1961), An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571.

Bolton, D. (2008), *What Is Mental Disorder?* Oxford University Press, Oxford.

Bolton, D. and Hill, J. (1996), *Mind, Meaning, and Mental Disorder, The Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford.

Borsboom, D. and Cramer, A.J.J. (2013), Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology, *Annual Review of Clinical Psychology,* 9(1), 91–121.

Borsboom, D., Cramer, A.J.J., Schmittmann, V.D., Epskamp, S. and Waldorp, L.J. (2011), The small world of psychopathology, *PLoS ONE,* 6(11), e27407.

Briffault, X. (2012), Sur la classification et sa signification en santé (mentale) publique, *Psychiatrie Française*, 43(4), 73–82.

Briffault, X. (2013), Le process de construction de l'esprit malade et de sa maintenance à l'ère de l'Evidence-Based Mental Medicine, *Topique,* 123(2), 23–40.

Briffault, X. (2016), An insider view on the making of the first French national information campaign about depression, in *Sadness or Depression? International Perspectives on the Depression Epidemic and its Meaning*, Wakefield, J.C. and Demazeux, S. (eds), Springer, New York, 137–156.

Briffault, X. and Martin, O. (2011), Déprimer par les nombres: le façonnage statistique et psychométrique des dépressions contemporaines, *Sociologie et sociétés*, 43(2), 67–89.

Briffault, X., Morvan, M. and Du Roscoät, E. (2010), Les campagnes nationales d'information sur la dépression. Une anthropologie biopsychosociale?, *L'Encéphale,* 36, 124–132.

Castel, P.H. (2006), *A quoi résiste la psychanalyse?* PUF, Paris.

Chan, S., Torous, J.B., Hinton, L. and Yellowlees, P.M. (2016), Psychiatric apps: Patient self-assessment, communication, and potential treatment interventions, in *E-Mental Health*, Mucic, D. and Hilty, D.M. (eds), Springer, New York, 217–229.

Demazeux, S. (2011), Le lit de Procuste du DSM-III. Classification psychiatrique, standardisation clinique et ontologie médicale, Université Panthéon-Sorbonne, Paris.

Depp, C.A., Ceglowski, J., Wang, V.C., Yaghouti, F., Mausbach, B.T., Thompson, W.K. and Granholm, E.L. (2014), Augmenting psychoeducation with a mobile intervention for bipolar disorder: A randomized controlled trial, *Journal of Affective Disorders*, 174, 23–30.

Desrosieres, A. (2000), *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, La Découverte, Paris.

Desrosieres, A. (2008), *Pour une sociologie historique de la quantification*, Presses des Mines, Paris.

Dumesnil, H., Cortaredona, S., Cavillon, M., Mikol, F., Aubry, C., Sebbah, R., Verdoux, H. and Verger, P. (2014), Prise en charge de la dépression en médecine générale de Ville. Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national, *L'Information Psychiatrique*, 90(5), 341–352.

Ehrenberg, A. (2004), Les guerres du sujet, *Esprit*, 74, 74–85.

Ehrenberg, A. (2005), La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé Mentale, *Cahiers de Recherche Sociologique*, 41, 17–41.

Faries, D., Herrera, J., Rayamajhi, J., Debrota, D., Demitrack, M. and Potter, W.Z. (2000), The responsiveness of the Hamilton Depression Rating Scale, *Journal of Psychiatric Research*, 34(1), 3–10.

Fleck, L. (2008), *Genèse et développement d'un fait scientifique*, Les Belles Lettres, Paris.

Fournier, J.C., Derubeis, R.J., Hollon, S.D., Dimidjian, S., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C. and Fawcett, J. (2010), Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis, *JAMA*, 303(1), 47–53.

Fried, E.I. (2015), Problematic assumptions have slowed down depression research: Why symptoms, not syndromes are the way forward, *Frontiers in Psychology,* 6, 1–11.

Fulford, K.W.M., Martin, D., Gipps, R., Graham, G., Sadler, J., Stanghellini, G. and Thornton, T. (2006), *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford.

Gaete, A. (2009), The concept of mental disorder: A proposal, *Philosophy, Psychiatry and Psychology,* 15(4), 327–339.

Ghassemi, M., Celi, L. and Stone, D.J. (2015), State of the art review: The data revolution in critical care, *Critical Care,* 19(1), 118.

Goldberg, D. (2000), Plato versus Aristotle: Categorical and dimensional models for common mental disorders, *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 8–13.

Gonzalez, R.G., Bishop, M.P., Gallant, D.M. (1964), Fencamfamin versus placebo in depressed patients, *The Journal of New Drugs,* 4(5), 284–287.

Gorostiza, P.R., Manes, J.A. (2011), Misunderstanding psychopathology as medical semiology: An epistemological enquiry, *Psychopathology,* 44(4), 205–215.

Graham, G. (2010), *The Disordered Mind*, Routledge, London.

Hamilton, M. (1960), A rating scale for depression, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry,* 23, 56–62.

Hamilton, M. (1965), Computer programmes for the medical man, *British Medical Journal*, 2, 1048–1050.

Hamilton, M. (1967), Development of a rating scale for primary depressive illness, *The British Journal of Social and Clinical Psychology,* 6(4), 278–296.

Hamilton, M. (1976a), Comparative value of rating scales, *British Journal of Clinical Pharmacology,* 3, 58–60.

Hamilton, M. (1976b), The role of rating scales in psychiatry, *Psychological Medicine*, 6(3), 347–349.

Hamilton, M., White, J.M. (1959), Clinical syndromes in depressive states, *The British Journal of Psychiatry*, 105, 985–998.

Haute Autorité de Santé (2002), *Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire*, HAS, Paris.

Haute Autorité de Santé (2005), *Dépression de l'adulte. Episode isolé pris en charge par le psychiatre en ambulatoire*, HAS, Paris.

Haute Autorité de Santé (2014), *Manifestations dépressives à l'adolescence. Repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours*, HAS, Paris.

Haslam, N., Ernst, D. (2002), Essentialist beliefs about mental disorders, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(6), 628–644.

Hayes, A.M., Yasinski, C., Ben Barnes, J., Bockting, C.L.H. (2015), Network destabilization and transition in depression: New methods for studying the dynamics of therapeutic change, *Clinical Psychology Review,* 41, 27–39.

Hundert, E.M. (1990), *Philosophy, Psychiatry and Neuroscience: Three Approaches to the Mind: A Synthetic Analysis of the Varieties of Human Experience*, Oxford University Press, Oxford.

INPES (2005), *La dépression en France. Enquete Anadep 2005*, INPES, Saint-Denis.

Irving, J. (1980), *Le monde selon Garp*, Le Seuil, Paris.

Jastrow, J. (1900), *Fact and Fable in Psychology*, Mifflin and Company, Houghton.

Jensen-Doss, A., Hawley, K.M. (2010), Understanding barriers to evidence-based assessment: Clinician attitudes toward standardized assessment tools, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39, 885–896.

Joiner, T.E., Walker, R.L., Pettit, J.W., Perez, M., Cukrowicz, K.C. (2005), Evidence-based assessment of depression in adults, *Psychological Assessment,* 17(3), 267–277.

Jungert, M. (2013), Mental realities: The concept of mental disorder and the mind-body problem, *Frontiers in Psychology*, 4, 1–2.

Karasz, A. (2005), Cultural differences in conceptual models of depression, *Social Sciences of Medicine,* 60(7), 1625–1635.

Kendell, R., Jablensky, A. (2003), Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses, *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 4–12.

Kendler, K.S. (2005), Toward a philosophical structure for psychiatry, *American Journal of Psychiatry,* 162 (3), 433–440.

Kendler, K.S., Parnas, J. (2012), *Philosophical Issues in Psychiatry II: Nosology*, Oxford University Press, Oxford.

Kendler, K.S., Zachar, P., Craver, C. (2011), What kinds of things are psychiatric disorders?, *Psychological Medicine,* 41, 1143–1150.

Kim, J., Nakamura, T., Kikuchi, H., Yoshiuchi, K., Sasaki, T., Yamamto, Y. (2015), Co-variation of depressive mood and spontaneous physical activity in major depressive disorder: Towards continuous monitoring of depressive mood, *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics,* 19(4), 1347–1355.

Kim, N.S., Ahn, W.K. (2002), Clinical psychologists' theory based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory, *Journal of Experimental Psychology General,* 131(4), 451–476.

Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., Scoboria, A., Moore, T.J., Blair, T.J. (2008), Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration, *PLoS Medicine,* 5(2), http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050045.

Korte, S.M., Prins, J., Krajnc, A.M., Hendriksen, H., Oosting, R.S., Westphal, K.G., Korte-Bouws, G.A.H., Olivier, B. (2015), The many different faces of major depression: It is time for personalized medicine, *European Journal of Pharmacology*, 753, 1–17.

Kriston, L., von Wolff, A. (2011), Not as golden as standards should be: Interpretation of the Hamilton Rating Scale for Depression, *Journal of Affective Disorders,* 128(2), 175–177.

Kuhn, T.S. (2008), *La structure des révolutions scientifiques*, Flammarion, Paris.

Markova, I.S., Berrios, G.E. (2012), Epistemology of psychiatry, *Psychopathology*, 45(4), 220–227.

Marzano, L., Bardill, A., Fields, B., Herd, K., Veale, D., Grey, N., Moran, P. (2015), The application of mHealth to mental health: Opportunities and challenges, *The Lancet Psychiatry,* 2(10), 942–948.

Möller, H.J. (2001), Methodological aspects in the assessment of severity of depression by the Hamilton Depression Scale, *European Archive of Psychiatry and Clinical Neurosciences,* 251, 13–21.

Nesse, R.M. (2000), Is depression an adaptation?, *Archives of General Psychiatry,* 57(1), 14–20.

Norcross, J.C., Wampold, B.E. (2011), What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person, *Journal of Clinical Psychology,* 67(2), 127–132.

Parnas, J., Sass, L.A., Zahavi, D. (2013), Rediscovering psychopathology: The epistemology and phenomenology of the psychiatric object, *Schizophrenia Bulletin,* 39(2), 270–277.

Patch, I.C., Pitt, B.M., Yeo, Y.M. (1967), The direct comparison of antidepressants: Imipramine and chlorprothixene, *Journal of Psychiatric Research,* 5(4), 273–280.

Pérez-Álvarez, M., Sass, L.A., García-Montes, J. (2009), More Aristotle, less DSM: The ontology of mental disorders in constructivist perspective, *Philosophy, Psychiatry and Psychology,* 15(3), 211–225.

Porter, T.M. (1996), *Trust in Numbers. The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton University Press, Princeton.

Radloff, L.S. (1977), The CED-D scale: A self-report depression scale for research in the general population, *Applied Psychological Measurement,* 1(3), 385–401.

Saltiel, P.F., Silvershein, D.L. (2015), Major depressive disorder: Mechanism-based prescribing for personalized medicine, *Neuropsychiatric Disease and Treatment,* 11, 875–888.

Santen, G., Gomeni, R., Danhof, M., Della Pasqua, O. (2008), Sensitivity of the individual items of the Hamilton Depression Rating Scale to response and its consequences for the assessment of efficacy, *Journal of Psychiatric Research*, 42(12), 1000–1009.

Schiepek, G., Eckert, H., Aas, B., Wallot, S., Wallot, A. (2015), *Integrative Psychotherapy: A Feedback-Driven Dynamic Systems Approach*, Hogrefe Publishing, Göttingen.

Schildkraut, J.J., Gordon, E.K., Durell, J. (1965), Catecholamine metabolism in affective disorders: I.: Normetanephrine and VMA excretion in depressed patients treated with Imipramine, *Journal of Psychiatric Research,* 3(4), 213–228.

Schildkraut, J.J., Klerman, G.L., Hammond, R., Friend, D.G. (1964), Excretion of 3-methoxy-4-hydroxymandelic acid (VMA) in depressed patients treated with antidepressant drugs, *Journal of Psychiatric Research,* 2 (4), 257–266.

Schramme, T. (2010), New trends in philosophy of psychiatry, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31(1), 1–4.

Schramme, T. (2013), On the autonomy of the concept of disease in psychiatry, *Frontiers in Psychology,* 4, 457.

Shafer, A.B. (2010), Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung, *Journal of Clinical Psychology,* 66(4), 430–441.

Straus, S.E., Richardson, W.S., Glasziou, P., Haynes, R.B. (2007), *Médecine fondée sur les faits. Evidence-Based Medicine,* Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux.

Teicher, M.H., Ohashi, K., Lowen, S.B., Polcari, A., Fitzmaurice, G.M. (2015), Mood dysregulation and affective instability in emerging adults with childhood maltreatment: An ecological momentary assessment study, *Journal of Psychiatric Research,* 70, 1–8.

Torous, J., Staples, P., Onnela, J.P. (2015), Realizing the potential of mobile mental health: New methods for new data in psychiatry, *Current Psychiatry Reports*, 17, 602.

Van Noorden, R., Maher, B., Nuzzo, R. (2014), The top 100 papers, *Nature,* 514, 550–553.

Wampold, B.E. (2013), *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*, Routledge, London.

Wenze, S.J., Miller, I.W. (2010), Use of ecological momentary assessment in mood disorders research, *Clinical Psychology Review*, 30(6), 794–804.

Whitton, A.E., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M.R., Parker, G., Manicavasagar, V., Hadzi-Pavlovic, D. (2015), Breaking open the black box: Isolating the most potent features of a web and mobile phone-based intervention for depression, anxiety, and stress, *JMIR Mental Health,* 2(1), e3.

Williams, J.B.W. (2001), Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: Past, present, and future, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences,* 251, 6–12.

Wood, W.A., Bennett, A.V. and Basch, E. (2015), Emerging uses of patient generated health data in clinical research, *Molecular Oncology,* 9(5), 1018–1024.

Zimmerman, M., Martinez, J.H., Young, D., Chelminski, I. and Dalrymple, K. (2013), Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale, *Journal of Affective Disorders,* 150(2), 384–388.

PARTIE 2

Avènements : chroniques de tests à succès

Introduction de la partie 2

En psychologie et en psychopathologie, la notion de sujet, tour à tour celui de la clinique et de la recherche (*subject*) s'est ouverte progressivement, depuis les années 1950, à une pensée du soi acquise au principe d'une idiosyncrasie auto-définie et auto-suffisante. Cette vision de la subjectivité a d'abord eu pour effet de remettre en cause l'idée que la clinique ou que la cure pouvait constituer le lieu de la connaissance psychiatrique : l'opinion du clinicien, empreinte d'une subjectivité égale à celle du patient, ne paraissait plus offrir dans ce contexte qu'un jugement local, étranger à toute généralisation. L'espace de la cure étant confiné à l'étude de cas, cette généralisation a réclamé de nouveaux procédés, obtenus notamment par la mise à l'épreuve de l'expertise psychiatrique, au moyen d'un test de concordance, destiné à démontrer la convergence du jugement diagnostique des cliniciens. Cette orientation a également contribué au net ascendant de la caractérisation physiologique de l'affection mentale sur les lectures psychiques ou biographiques de la pathologie. Elle a également milité pour une description raisonnée des entités nosographiques, et par suite pour la standardisation du diagnostic, à travers l'homogénéisation du vocabulaire et des critères d'observation contre les biais dès lors imputés à l'interprétation, aux allégeances théoriques, à l'expérience professionnelle ou encore à l'échange entre pairs. De ce contexte se déduisent assez aisément les conditions qu'un test a dû remplir pour espérer rencontrer le succès, tant dans la recherche qu'en clinique. C'est là tout le propos de cette seconde partie de l'ouvrage.

Comme le montrent les deux textes qui suivent, un test ne peut prétendre à la popularité s'il ne sert pas simultanément et le propos de la clinique et celui de la recherche, c'est-à-dire, les deux pratiques que les premiers utilisateurs de ces échelles exercent le plus souvent conjointement dans le cadre de leur activité professionnelle. La position du psychiatre, située à l'interface de ces deux mondes, réclame donc de l'outil qu'il possède des qualités pratiques, tant pour la consultation que pour la conduite des investigations scientifiques, qu'elles soient pharmacologiques, étiologiques ou épidé-

miologiques. Ces qualités pratiques se mesurent à la facilité d'emploi du test, mais également à sa capacité à transformer les données observables en une information réduite, reconductible et aisément communicable, généralement énoncée sous la forme d'un score. Cette transformation du donné en nombres permet au dispositif instrumental d'acquérir le statut d'une évaluation objective, capable d'extraire le jugement clinique des projections subjectives du praticien, et de le doter d'une propriété de généralisation que ne saurait lui donner la cure, tenue de considérer l'individualité du patient dans ses moindres détails.

Mais, comme le montre avec force Margot Morgiève dans le premier texte, la transformation des signes en scores appelle un travail de sélection et de réduction du matériau clinique qui s'apparente, par bien des aspects, à *un travail de décontextualisation* : au final, il s'agit de classer les malades dans des catégories apprêtées, sans plus se référer à l'histoire et au témoignage que ces patients pourraient livrer à l'interprétation de leur cas. Dans le cas que Margot Morgiève présente, celui de la *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) qui tient lieu d'étalon dans la caractérisation des troubles obsessionnels compulsifs (TOC), on voit bien comment ce travail de conversion sert la routine de l'activité clinique, en permettant de diagnostiquer de manière quasi automatique le trouble dont souffre le patient ainsi que sa sévérité. Néanmoins, cette mécanisation du jugement oblige à se demander si elle ne conduit pas à un artefact technique. Autrement dit, l'instrument ne finit-il pas par créer ici le donné à son image, sous la forme d'« espèces nouvelles » auxquelles, au bout du compte, patients et cliniciens acceptent de se rallier ?

Toutefois, sans l'objectivation, que ce travail de décontextualisation chercher à réaliser, un test ne pourrait prétendre à la notoriété, que cette objectivation s'avère ou non vertueuse au final. Mais, une seconde propriété s'avère également tout à fait utile à la diffusion d'un test : *sa convertibilité*. Dans le second texte, dédié à l'examen du succès du *Mini-Mental State Examination* (MMSE) utilisé dans le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, Baptiste Brossard s'attache précisément à décrire cette vertu de conversion. Ici, la prétention à la notoriété a d'autant plus de chances d'être récompensée que le test, par son format, permet de gagner du temps de consultation, de simplifier l'exercice de la recherche, de réduire les frais des investigations, de faciliter les traitements statistiques, ou encore d'offrir un appui à la décision des agences sanitaires. Alors, lorsque ces conditions sont réunies, l'instrument devient en probabilité le pivot d'un jeu de conversions multiples. Dans pareil cas, il devient capable de gager par sa facture technique la professionnalisation d'une spécialité clinique, tant auprès du secteur médical que des patients, il contribue à la reconnaissance d'une nouvelle aire de recherche par la stabilité qu'il offre à la désignation de son objet, ou encore il offre un étayage de premier ordre aux recommandations que les institutions sanitaires tentent de faire valoir devant l'État et

les laboratoires pharmaceutiques. Au terme de quoi, l'usage du test finit par encourager sa circulation et appuyer une convergence d'intérêts toujours plus grande, l'outil et ses utilisateurs étant dès lors réunis sous les auspices d'un processus cumulatif. À ce jeu, la pratique de l'instrument, prise dans le cercle de conversions et de reconversions vertueuses, n'est plus interrogée : l'emploi du test n'a plus à être justifié puisqu'il est devenu légitime.

Chapitre 3

Une échelle en or pour évaluer le TOC : sur l'usage de la Y-BOCS

L'évaluation des troubles mentaux et de l'efficacité de traitements pour les troubles mentaux fait l'objet d'enjeux économiques et sociaux importants et pose des problèmes épistémologiques et méthodologiques complexes. L'évaluation des psychothérapies porte « sur la nature de ce qu'on appelle un symptôme mental, sur les moyens épistémologiquement légitimes de le recueillir, sur le calibrage des instruments, sur les performances des outils statistiques » (Castel 2006, p. 151), puis sur l'opérationnalisation de la satisfaction subjective comme mesure psychométrique, et enfin sur le but du traitement. Toute évaluation doit reposer sur une définition opérationnelle de son contenu en amont qui est, selon les physiciens, « un terme donné conçu comme fournissant des critères objectifs au moyen desquels un scientifique peut décider, pour un cas particulier, si le terme est applicable ou non » (Bridgman 1927, p. 8). Hempel précise que dans le domaine de la clinique psychiatrique, les critères opérationnels d'application pour des termes psychologiques sont habituellement formulés en référence à des « aspects publiquement observables du comportement qu'un sujet exprime en réponse à une situation ou un stimulus spécifique publiquement observable » (Hempel 1961, p. 11).

Dans ce cadre, il faut admettre certains termes comme étant compréhensibles par eux-mêmes, axiomatiques. En l'occurrence ce sont les comportements directement observables qui constitueront les briques de base des entités théoriques de niveau supérieur ; à savoir les catégories diagnostiques. Les définitions opérationnelles permettent d'assurer la précision des concepts puisqu'elles comportent des critères d'évaluation, des méthodes de tests et des niveaux d'acceptation. Dans un article de Mataix-Cols intitulé « Vers un consensus international des experts pour définir la réponse au traitement, la

Chapitre rédigé par Margot MORGIÈVE.

rémission, la guérison et la rechute dans le trouble obsessionnel compulsif » l'introduction commence ainsi :

> « Une revue de la littérature internationale sur les résultats des traitements dans le trouble obsessionnel compulsif (TOC) montre que les études n'utilisent pas toutes les mêmes définitions opérationnelles de "réponse au traitement" et de "rémission". La réponse au traitement est définie comme l'amélioration des symptômes sur la *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) ou la *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (CY-BOCS) qui varie selon les études de 20 % à 50 %. » (Mataix-Cols 2016)

Si les experts internationaux ne s'accordent pas sur les définitions opérationnelles de la réponse aux traitements, le fait que cette réponse aux traitements doive/puisse être évaluée par une autre échelle de mesure que la Y-BOCS n'est pas évoqué. Ce chapitre traite de l'instanciation (entendue comme la création d'un objet à partir d'une classe) de cette échelle devenue « Gold Standard » pour évaluer le TOC.

3.1. Développement historique et ontologique de l'échelle et du trouble

3.1.1. *Prérequis de l'échelle : l'existence d'un trouble à mesurer*

Ce que nous appelons dans nos sociétés contemporaines « TOC » résulte d'une construction historico-ontologique c'est-à-dire d'une sédimentation à la fois des productions sociales et des évolutions des modalités d'être. Au fil de l'évolution de la psychiatrie, différents modèles explicatifs se sont succédés (Debabèche 2009). Au cours des siècles, les symptômes obsessionnels compulsifs ont été successivement conceptualisés et décrits avec une palette de terminologies qui les inscrivaient initialement dans le champ de la folie : monomanie raisonnante (Esquirol 1838 ; Ellis 1840), manie de l'ordre (Descuret 1844), folie lucide (Trélat 1861), folie du doute (Falret 1866), vertige mental (Lasègue 1876). Janet est l'un des premiers auteurs à sortir les obsessions du cadre de la folie et de la dégénérescence mentale qui prévalaient à l'époque. Son modèle décrit dans *Les obsessions et la psychasthénie* (Janet 1903) attribue un rôle central à un état psychologique défini par un déficit d'énergie mentale. Quelques années plus tard, Freud introduit le concept de « névrose obsessionnelle » qu'il constitue d'après une étude de cas : *L'homme aux rats* (Freud 1909). Cette théorisation accorde une grande importance aux dynamiques psychiques, aux mécanismes de défense internes contre des affects déplaisants et/ou socialement réprouvés, qui sont à l'origine de la formation des symptômes. La névrose est une tentative de réguler psychiquement les affects problématiques associés à des expositions sexuelles précoces. Dans cette approche, les symptômes ont du sens. Marc Joly, dans sa préface du livre de Norbert Elias *Au-delà de Freud,* met en avant la dimension historico-sociale, *datée*, de cette conceptualisation :

> « Mais Freud, sa vie durant, a étudié les hommes et les femmes qui vivaient à la fin du XIX^e^ siècle et au début du XX^e^ siècle et, à la manière des sciences de la nature, il a forgé ses concepts comme si la structure de la personnalité qu'il observait était celle de tous les humains. Dans Totem et Tabou, il perçoit que ce n'est peut-être pas le cas, mais il dut tellement batailler pour faire reconnaître la légitimité de son enseignement qu'il donna en fait valeur universelle à un type donné et daté de structures de la personnalité. Aller au-delà de Freud, scientifiquement parlant, c'est reconnaître les transformations qui affectèrent le développement de la personnalité humaine et penser que dans un monde où le savoir sur le monde naturel n'était pas le nôtre, où les peurs et anxiétés étaient obsédantes, la structure de la personnalité ne peut être celle des hommes du XX^e^ siècle. D'où la nécessité d'employer d'autres termes et d'autres concepts que ceux de Freud pour caractériser les économies psychiques anciennes. » (Elias 2010, p. 7)

Si, selon Joly, la conceptualisation freudienne ne semble pas pouvoir s'appliquer à l'homme médiéval, il en va de même pour les hommes de la fin du XX^e^ siècle et du début du XXI^e^ siècle. Une nouvelle conceptualisation et une nouvelle terminologie apparaît et explose dans les années 1970-1980 : le TOC. Le « TOC est devenu TOC » en fonction de trois facteurs concomitants (Moutaud 2003) :

1) la découverte d'un médicament, la Clomipramine, engendrant une théorisation biologique du trouble et le développement de recherches ;

2) la montée des théories cognitives et comportementales et de leur traitement *ad hoc*, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ;

3) le développement d'enquêtes épidémiologiques et d'outils tels que le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) qui permet de poser des diagnostics psychiatriques conformes au DSM.

Cette nouvelle conceptualisation du trouble et l'univers de discours qui lui est associé ont constitué rapidement un système de valeurs de référence qui s'est étendu bien au-delà du champ de la psychiatrie, pour se diffuser dans la société. Il y a eu alors une valorisation des modèles explicatifs naturalistes basés sur une étiologie cérébrale de la maladie. Dorénavant, les traitements perçus comme efficaces *sont* la TCC et les médicaments, les thérapies « par la parole » et les modèles explicatifs qui les soutiennent étant dévalorisés. Entre 1960 et 1987, le terme « névrose obsessionnelle » disparaît lentement ainsi que sa conceptualisation psychodynamique. Il n'est plus utilisé comme entité psychopathologique. Ce double phénomène de « disparition » de la névrose obsessionnelle et de diffusion sociale du TOC correspond à une stratégie professionnelle

visant à surmonter une période de crise en psychiatrie, l'expertise passant d'un modèle psychodynamique à un modèle biomédical. Cette stratégie est instanciée dans la troisième révision du DSM réalisée en 1980 par l'*American Psychiatric Association* (APA). Pour Spitzer, président du groupe de travail dédié à l'élaboration du DSM-III, ce manuel contribue surtout à montrer que la psychiatrie est de plus en plus une science. Les critères pour établir un diagnostic sont énoncés avec une grande spécificité, et les patients en bénéficient parce que les diagnostics ont des implications en terme de traitement (Whooley 2010). Les diagnostics sont « vendus » comme un moyen d'améliorer le traitement grâce à des programmes de recherche empiriques et des schémas thérapeutiques spécifiques basés sur des diagnostics rigoureux (Horwitz 2002).

Dix ans après la parution du DSM-III, la recherche et la pratique clinique en psychiatrie ont eu tendance à définir ou à diagnostiquer un trouble par sa réponse aux médicaments. Kramer décrit cette stratégie qu'il nomme « l'écoute de la drogue » dans son ouvrage *Listening to Prozac* (Kramer 1993). Dans la pratique clinique, le médicament sert effectivement à préciser le diagnostic. Ainsi, si un patient supposé maniaco-dépressif ne répond pas au lithium ou à d'autres stabilisateurs de l'humeur, le psychiatre va se demander s'il est bien maniaco-dépressif (Pérez-Álvarez *et al.* 2009). Le « TOC du DSM-III-R » est ainsi défini (APA 1989 ; Lempérière 1992, p. 117) :

> A. Existence soit d'obsessions, soit de compulsions.
>
> *Obsessions (1), (2), (3) et (4) :*
>
> (1) idées, pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, du moins au début, sont ressenties comme faisant irruption dans la conscience du sujet et sont éprouvées comme absurdes. Exemples : un parent qui éprouve des impulsions répétées de tuer un enfant qu'il adore ou une personne pieuse qui éprouve des pensées blasphématoires récurrentes ;
>
> (2) le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées ou impulsions ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions ;
>
> (3) le sujet reconnaît que les obsessions sont le produit de ses propres pensées et qu'elles ne sont pas imposées de l'extérieur (comme dans certaines idées délirantes) ;
>
> (4) en présence d'un autre trouble de l'axe I, le contenu de l'obsession est indépendant de ce trouble. Exemple : les idées, pensées, impulsions ou représentations ne concernant pas la nourriture quand il s'agit d'un trouble des conduites alimentaires, les drogues quand il s'agit d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance psychoactive, ou des sentiments de culpabilité quand il s'agit d'une dépression majeure.

Compulsions (1), (2) et (3) :

(1) comportements répétitifs, dirigés vers un but et intentionnels, se déroulant selon certaines règles, ou de façon stéréotypée, en réponse à une obsession ;

(2) le comportement est destiné à neutraliser ou à empêcher un sentiment de malaise ou un évènement ou une situation redoutés. Pour autant, cette activité n'est pas liée de façon réaliste à ce qu'elle propose de neutraliser ou de prévenir, ou elle est manifestement excessive ;

(3) le sujet reconnaît que son comportement est excessif ou absurde (cela peut ne pas être vrai pour de jeunes enfants ou pour des sujets chez lesquels les obsessions se sont transformées en idées surinvesties).

B. Les obsessions et les compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse ou d'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) ou interfèrent de manière significative avec des activités quotidiennes du sujet, son fonctionnement professionnel ou ses activités ou relations sociales habituelles.

Encadré 3.1. *Critères diagnostics du trouble obsessionnel compulsif selon DMS-III-R*

Compte tenu de ces développements, l'intérêt traditionnel de la psychopathologie pour l'étude de la nature et de l'étiologie des troubles mentaux, pensées de manière distincte de leur traitement, semble pratiquement absent de beaucoup de recherches, comme plusieurs éditoriaux psychiatriques l'ont déploré (par exemple, Andreasen 1998 et 2007 ; Maj 1998 ; Tucker 1998). Une grande partie de l'entreprise de recherche semble être enlisée dans des essais cliniques de réponse au traitement, sans promesse de conduire à une connaissance plus approfondie des pathologies sous-jacentes (Pignarre 2003).

Castel analyse ainsi les conséquences de la dynamique classificatoire qui a transformé la névrose obsessionnelle en TOC :

> « Le DSM-III, en renvoyant ce nom au passé (névrose), ou bien plus astucieusement, à la préhistoire de la psychiatrie future, donnait un coup mortel à l'évidence régnante que les troubles mentaux devaient à la fois se décrire et s'expliquer d'un point de vue "psychodynamique", autrement dit, consister en phénomènes inscrits dans des relations à autrui, et dans une histoire profonde dépassant l'objectivité brute des symptômes et leur conscience actuelles chez le malade. Et sans névrose entendue en ce sens minimal, bien sûr, plus de psychanalyse. » (Castel 2006, p. 2)

Le DSM est l'objet de nombreuses contestations en raison de l'hégémonie qu'il exerce. Il est devenu une référence normative dans le domaine de la santé, des as-

surances, de l'industrie pharmacologique. Il est le *fournisseur officiel* du socle épistémique de la nosologie psychiatrique devenue incontournable pour l'ensemble des acteurs de la santé mentale. Ce système de classification a donc une portée sociale, politique et anthropologique considérable. Le « TOC du DSM-III-R » est ainsi un objet constitué, comme les autres troubles du manuel, issu d'une conceptualisation rétro-définie selon sa réponse aux traitements. À ce titre, il est désormais possible de l'évaluer et d'évaluer sa réponse aux différents traitements pour la communauté des cliniciens et des chercheurs.

3.1.2. *Fabrication historique de l'échelle*

Les premières études portant sur le TOC utilisaient différents instruments psychométriques. Le *Leyton Obsessional Inventory* avait pour but de distinguer le trouble et les traits obsessionnels. Il décrit des manifestations telles que la collection excessive d'objets et le perfectionnisme (Cooper 1970). Le *Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory* évalue surtout les comportements de nettoyage et de vérification comme étant des compulsions principales et mesure la lenteur obsessionnelle et l'ambivalence comme des problèmes de moindre importance. Il a été jugé qu'il ne permettait pas de mesurer les compulsions de façon détaillée et complète, et que sa consistance interne était peu élevée (Rachman et Hodgson 1980). Le *Padua Inventory* a longtemps été l'instrument le plus populaire. Il mesure les vérifications, le nettoyage, la précision, les ruminations obsessionnelles et les pensées impulsives (Sanavio 1988). Ses propriétés psychométriques sont considérées comme adéquates, « mais bien qu'il soit possible de considérer les pensées impulsives et la précision comme des sous-catégories plutôt que comme des problèmes indépendants, ceci engendre des problèmes conceptuels » (O'Connor et Robillard 1996, p. 157-158). Ces échelles introduisent donc des biais en faveur de certains types de symptômes, à l'instar de l'inventaire de Leyton qui, étant orienté vers les femmes au foyer « fières de leur maison », met un accent particulier sur la propreté et le ménage. Il s'est donc agi pour les chercheurs de concevoir un outil d'évaluation qui permette de « remédier aux problèmes des échelles existantes ». À ce titre, l'idée de s'affranchir du contenu des symptômes leur est apparue comme le moyen le plus immédiat d'augmenter la validité de leurs outils.

En 1989, Goodman et son équipe publient la première étude sur le développement, l'utilisation et la fiabilité d'une nouvelle échelle de mesure du TOC : la *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*, Y-BOCS (Goodman *et al.* 1989a et 1989b). Nous pouvons voir apparaître une triple justification à ce développement. Premièrement, la reconnaissance *récente* que le TOC n'est pas rare, autrement dit, que l'intérêt qu'il suscite est légitime. Cette échelle de mesure arrive « à une époque où les obsessions suscitent l'intérêt de nombreuses équipes de recherche » (Mollard *et al.* 1989). Deuxièmement, comme nous l'avons vu précédemment, cet intérêt est couplé à la *nécessité* d'évaluer de

nouveaux traitements pour le TOC. Pour les auteurs, la principale utilisation de la Y-BOCS est bien de « fournir un instrument à usage spécifique dans les études sur les traitements (médicamenteux) ». Troisièmement, à cette époque les auteurs déplorent l'absence d'une échelle largement acceptée pour le TOC, ce qui rend difficile la comparaison des résultats des différents essais de traitements : « un problème qui se pose dans la validation de la Y-BOCS, ainsi que de tout autre instrument présenté comme une mesure de la gravité de TOC, est l'absence d'un étalon-or à des fins de comparaison » (Goodman *et al.* 1989b, p. 1016).

La Y-BOCS a alors été conçue pour fournir une mesure spécifique de la gravité des symptômes obsessionnels compulsifs « tels qu'ils sont définis par le DSM-III-R » (Goodman *et al.* 1989). Il y a donc une parfaite congruence entre les catégories d'entendement, la logique classificatoire du trouble, la logique d'évaluation de l'efficacité des traitements et d'évaluation des troubles mentaux : *la Y-BOCS est développée au moment précis où elle semble être la pièce angulaire manquante à ce dispositif dont les éléments se valident mutuellement*.

Contrairement aux échelles existantes, les auteurs affirment que la Y-BOCS mesure « l'effet net » des obsessions et des compulsions, leur *intensité* et non leur *contenu*. La construction même de cette échelle qui ne s'intéresse plus au sens des symptômes correspond à ce qui se passe à un niveau plus macrosocial : on veut parler du changement de paradigme de la psychiatrie qui bascule d'un modèle étiologique, visant à expliquer la symptomatologie obsessionnelle-compulsive d'un point de vue psychique, à un modèle biomédical tentant de décrire les symptômes de façon totalement indépendante de toute hypothèse explicative.

Une première version de la Y-BOCS est validée en 1986. Elle comprend dix items cotés de 0 à 4 (0 = pas de symptôme, 4 = symptôme extrême). Ces items mesurent d'une part, les obsessions (5 items) et d'autre part, les compulsions (5 items) sur cinq dimensions chacun. Ces dimensions sont la durée, la gêne apportée dans la vie quotidienne, l'angoisse, la résistance et le degré de contrôle exercé par le sujet sur ses obsessions et ses compulsions. Cette version comprend également « neuf échelles indépendantes » : prise de conscience des symptômes, évitement, indécision, responsabilisation pathologique, lenteur, doute pathologique, sévérité globale des troubles et amélioration globale. À cette même époque, l'échelle est traduite et adaptée en français par Mollard et ses collaborateurs pour qui « ce nouvel instrument de mesure qui a le mérite d'être synthétique et spécifique représente un progrès qui justifierait une étude de validation dans notre pays ». L'équipe française précise que les neuf échelles indépendantes « sont considérées pour l'instant comme heuristiques et ne sont pas prises en compte dans les études psychométriques » (Bouvard *et al.* 1989 ; Mollard *et al.* 1989, p. 335). Après 6 mois de mise à l'essai, de nombreuses versions préliminaires testées

chez plus de 40 patients, Goodman et ses collaborateurs suppriment finalement ces neuf items de la version finale en se basant sur « leur expérience clinique de pré-test ». C'est donc cette deuxième version qui est actuellement utilisée et qui s'est imposée comme étant la mesure *Gold Standard*. Elle a été traduite et revalidée dans de nombreuses langues et est depuis considérée par une partie très importante de la communauté des cliniciens et des chercheurs comme robuste et bien adaptée aux essais thérapeutiques. Une valeur seuil de 16 est requise pour l'inclusion dans les essais thérapeutiques. Le seul inconvénient relevé par les auteurs est la lourdeur de son utilisation : il faut au moins une heure et demie pour la passation initiale, et une bonne demi-heure pour les passations ultérieures.

Goodman et son équipe développent en complément de la Y-BOCS une liste qu'ils veulent exhaustive des différents types d'obsessions et de compulsions : la *checklist*. Cette liste comprend plus de 50 types d'obsessions et de compulsions réparties en 15 grandes catégories (par exemple : obsessions de contamination, obsessions sexuelles, obsessions de symétrie, d'exactitude, d'ordre, compulsions de lavage/nettoyage, compulsions de vérification, etc.). Ils la construisent « selon leur expérience clinique et le matériau contenu dans d'autres inventaires de symptômes », afin d'explorer en profondeur les obsessions que les patients sont réticents à exprimer, ou que les observateurs pourraient négliger. Historiquement, la Y-BOCS et sa *checklist* ont donc été conçues comme des outils de recherche pour étudier l'efficacité de traitements à un moment où le TOC faisait l'objet d'une classification, où le TOC intéressait les chercheurs et où les chercheurs ne disposaient pas encore d'une échelle *Gold Standard* pour évaluer ce trouble et l'efficacité des traitements qui lui sont dédiés.

3.2. Un instrument d'objectivation explicatif et structurant

3.2.1. *Un instrument qui désagrège l'expérience*

Les chercheurs qui ont fabriqué la *checklist* de la Y-BOCS l'ont donc construite « selon leur expérience clinique et le matériau contenu dans d'autres inventaires de symptômes ». Ceci met en lumière *le processus de sédimentation historique* de la construction de l'échelle d'évaluation et simultanément de la conceptualisation du TOC. Selon cette *checklist*, l'expérience subjective de la personne est divisée et subdivisée en catégories et sous-catégories de symptômes. Cet instrument d'objectivation semble étrangement pouvoir décrire toutes les formes d'être au monde des personnes présentant des TOC. Castel écrit à ce sujet :

> « Ces inventaires d'obsessions-compulsions typiques, ainsi que la Y-BOCS, standardisent non seulement la maladie, mais aussi les malades. Les inventaires extraient des scénarios parfois si complexes des obsédés

> des segments narratifs abstraits (“peur de contracter une maladie horrible”, “souci concernant les vêtements”, “rituels d’écarquillement ou de clignement des yeux”, “croyance que certains nombres portent chance ou bien malheur”, etc.), avec lesquels on pourrait recomposer une infinité d’histoires de vie, parce qu’ils résultent du minutieux concassage de mille existences concrètes en une poussière sablonneuse d’instants décontextualisés. » (Castel 2012, p. 379)

Nous proposons d’illustrer ce phénomène de « concassage en une poussière sablonneuse » par deux exemples issus d’une recherche de terrain menée en milieu hospitalo-universitaire auprès du professeur M. qui dirige des protocoles de recherche sur la stimulation cérébrale profonde (technique consistant à implanter des électrodes afin de stimuler des zones cérébrales impliquées dans la neuro-physiopathologie du TOC).

Mme A. se lave quotidiennement le corps, en comptant jusqu’à douze pour chaque « section de corps », à l’eau de Javel. Elle lave également tous les objets qui rentrent chez elle, y compris les fruits, les légumes et même le pain à l’eau de Javel. Pour arriver à l’étage des consultations psychiatriques, Mme A. doit attendre qu’une personne passe par là, car elle ne peut pas ouvrir les portes elle-même. Elle ne nous serre jamais la main.

Dans le « langage checklist », l’ensemble de ses comportements peut être décomposé en trois grandes catégories et cinq sous-items. Ses comportements correspondent, d’une part, à la grande catégorie d’obsessions dites « de contamination », et plus précisément à la sous-catégorie « préoccupation liée à la saleté ou aux microbes » (en l’occurrence « contamination humaine ») et, d’autre part, à l’intégralité des items appartenant à la grande catégorie des « compulsions de lavage/nettoyage », à savoir « lavage des mains ritualisé ou excessif », « soins corporels ritualisés ou excessifs (douche, bain, brossage des dents) », « nettoyage d’objets appartenant à la maison ou non », « autres mesures pour éviter ou supprimer le contact avec des éléments contaminants » et, enfin, à la catégorie « compulsions ayant pour thème le fait de compter ».

Encadré 3.2. *Cas de Mme A.*

Lorsque M. B. conduit, il vérifie constamment dans ses rétroviseurs qu’il n’a écrasé personne. Cette vérification n’est souvent pas suffisante et pour dissiper le doute, il lui arrive souvent de revenir en arrière pour s’en assurer. Lorsqu’il arrive à destination, M. B fait le tour de sa voiture plusieurs fois en observant attentivement les roues pour s’assurer qu’il n’y a pas de sang dessus. Enfin rentré, il vérifie dans les médias, à la télévision et dans les journaux qu’il n’y a pas eu d’accident sur son trajet, dont il aurait pu être responsable.

L’ensemble du trajet de M. B. peut être décomposé en trois sous items de la catégorie « obsessions à thème agressif » : « peur de faire du mal aux autres », « peur de blesser d’autres

personnes par négligence (par exemple, provoquer ou subir un accident de la voie publique) », « peur que quelque chose d'autre de terrible puisse arriver par sa faute (par exemple, le feu, un cambriolage) ». Il renvoie également à trois autres sous-items de la catégorie « compulsions de vérification » : « vérifier que rien ne risque de faire du tort aux autres », « vérifier que rien ne risque de faire du tort à soi-même », « vérifier que rien de catastrophique n'est/ne va arrivé(er) ».

Lorsque la consultation est finie, avant de partir, M. B. demande s'il peut prendre des photographies pour s'assurer qu'il n'a rien laissé dans la salle. Lorsqu'il sort, il se retourne à chaque pas et regarde derrière lui s'il n'a rien laissé tomber.

Ces comportements se traduisent dans le langage Y-BOCS par deux sous-items « besoin de savoir ou de se souvenir » et « peur de perdre des choses », répertoriés dans la catégorie « obsessions diverses ».

Encadré 3.3. *Cas de M. B.*

Dans le milieu hospitalo-universitaire, les cliniciens-chercheurs projettent ainsi une grille de lecture *y-bocsisée* sur leurs patients, dont ils fragmentent l'expérience afin de la transformer en *patterns* conformes à la *checklist*. Comment cette structuration de l'expérience agit-elle sur les patients ?

3.2.2. *La consultation : vecteur d'expressions y-bocsisées*

Lorsque les cliniciens observent leurs patients sous un prisme *y-bocsisé*, ils les socialisent simultanément à une *y-bocsisation* de leur être au monde. Pour le dire autrement, les patients présentent leurs problèmes aux cliniciens, après quoi leurs difficultés subissent *une sorte d'élaboration secondaire*. Pour commencer, la perspective clinique qui prévaut va façonner le *matériau* en accordant une importance particulière à certains aspects ou caractéristiques de l'expérience et du comportement des patients plutôt qu'à d'autres, ce qui module alors les symptômes qui avaient précédemment une forme moins définie (Berkenkotter *et al.* 2002). Le fait que le problème présenté prenne généralement la forme d'un état diagnostique est en partie une réponse à un *besoin* pratique : il s'agit que le problème prenne une forme reconnaissable, quasi médicalisée, avec des implications pour le traitement (Pérez-Álvarez *et al.* 2009).

Au cours de son exploration du statut ontologique de troubles mentaux, Pérez-Álvarez met en lumière « l'effet de Charcot » et l'idée selon laquelle il est largement reconnu que l'éminent neurologue français de la fin du XIX^{e} siècle ait été responsable de l'induction d'attaques d'hystérie qu'il disait seulement décrire. Dans la mesure où les attentes cliniques de Charcot ont fonctionné comme des prescriptions de ce qui devait

être observé, celui-ci s'est trouvé pris dans un système auto-confirmatoire, l'admiration de son auditoire qui assistait à ses conférences soutenant largement cet effet (Pérez-Álvarez et García-Montes 2007). Le clinicien, par ses interventions, confronte le patient à un modèle explicatif, soit à un rationnel théorique, soit à une *structure mythique,* qui traduit sa vision de la personne, sa conception des problèmes et des moyens à mettre en œuvre pour y pallier. Il y a là une forme de *contagion représentationnelle* qui se traduit par l'acquisition chez le patient d'une image de soi et du monde plus conforme, en fin de thérapie plutôt qu'à son début, aux conceptions et aux valeurs du psychothérapeute. Ainsi, Masse constate chez des patients une centration sur le cognitif et le comportement en fin de thérapie cognitive, et une insistance sur l'émotion en fin de psychothérapie d'inspiration psychanalytique (Masse *et al.* 1999). Le discours des patients tend à se focaliser sur les notions centrales de la théorie de leur psychothérapeute. Les patients auraient donc tendance à adopter certains *patterns* de comportement, de pensées voire même de valeurs, du thérapeute. Blanchet précise que toutes ces interprétations, propositions et constructions du psychothérapeute pourraient avoir des effets d'induction dans la mesure où elles proposent au patient une construction différemment centrée sur son monde, en quelque sorte une version nouvelle de l'architecture de ses mondes référentiels (Blanchet *et al.* 1990).

Un patient peut adopter non seulement le vocabulaire du thérapeute, mais bien plus encore, une configuration entière, incluant les formes d'expérience et d'expression ainsi que la compréhension de soi qui découle de la façon dont le problème est cliniquement considéré. Il fait alors peu de doute que les attentes et les tendances diagnostiques des psychiatres influencent la présentation des symptômes et la nature des troubles qui se manifestent (Pérez-Álvarez *et al.* 2009). Il n'en est pas autrement du regard de la clinique contemporaine sur les TOC.

3.2.3. *Un habitus tocifié*

Les troubles mentaux peuvent être considérés comme des entités de nature historico-sociale, issues des formes culturelles qui fournissent des modèles d'« être malade » pour les personnes. Pour Pérez-Alvarez, la question clé est ontologique : elle concerne le type de réalité ou la « manière d'être » associée aux troubles mentaux (Pérez-Álvarez *et al.* 2008). L'expression *tocifiée/y-bocsisée* des individus peut ainsi correspondre à « une expression socialement réglée de la plainte » (Ehrenberg 2010) qui fait écho à la description que Mauss fait des rituels – et de l'expression – du deuil :

> « Ces cris, ce sont comme des phrases et des mots. Il faut les dire, mais s'il faut les dire, c'est que tout le groupe les comprend. On fait donc plus que manifester ses sentiments, on les manifeste aux autres, puisqu'il faut

> les leur manifester. On se les manifeste à soi en les exprimant aux autres pour le compte des autres. » (Mauss 1968, p. 7)

La dimension *socialement réglée de l'expression de la plainte*, sa nature historico-sociale, est flagrante dans le témoignage de M. C. qui est « un patient historique » : le premier à avoir participé à une émission française de télévision pour parler de son TOC. Il se présente : « Je souffre de troubles obsessionnels compulsifs, qu'on a pris l'habitude d'appeler TOC, qui viennent de l'anglais *Obsessives Compulsives Troubles*. » Il poursuit :

> « Toute démarche de psychanalyse est totalement inutile, c'est comme de cautériser une jambe de bois. Moi, je prends des ISRS qui sont des antidépresseurs dits inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Parce que, il faut dire ça avant tout, et ça c'est connu, c'est pas de la psychanalyse, c'est de la vraie science, le problème majeur dans les TOC, la neurologie a pu l'observer, c'est un déficit ou un dysfonctionnement au niveau des neurotransmetteurs. »

M. C. est le premier patient à avoir contribué à diffuser, via les médias, un modèle d'« être malade », à fournir un idiome TOC-DSM devenant socialement disponible pour parler de soi et de ses troubles. Nous pouvons nous demander dans quelle mesure, les personnes répondant actuellement à la catégorisation TOC s'organisent autour d'un habitus *tocifié,* c'est à dire d'une manière d'être, une allure générale, une disposition d'esprit organisée par une *règle TOC*. Pour Bourdieu, l'habitus est un système de dispositions réglées qui permet à un individu de se mouvoir dans le monde social et de l'interpréter d'une manière qui, d'une part, lui est propre et qui, d'autre part, est commune aux membres des catégories sociales auxquelles il appartient. La *checklist* de la Y-BOCS pourrait alors correspondre à une forme de mode d'emploi des *manières d'être avec un TOC* qui laisserait une « empreinte » de type social sur la personnalité des individus sur lesquelles elles agissent, par l'intermédiaire des relations d'interdépendance qu'elles créent (Elias 1991). La *checklist*, en français « liste de contrôle » ou « liste de vérification », est un catalogue des manières de se comporter lorsqu'on a un TOC, qui regroupe les individus en sous-classes : les laveurs, les vérificateurs, etc. Les individus de mêmes sous-classes pourraient ainsi voir leurs comportements, leurs « styles de vie » se rapprocher et s'organiser par cette grille d'interprétation pour se conduire dans le monde en suivant, d'une part, un *ethos* (une manière de percevoir le monde social et donc d'agir dans ce monde), d'autre part, une *hexis* (une éthique corporelle et une posture dans le monde social). Les patients ne lisent sans doute pas *réellement* le DSM, la Y-BOCS ou sa *checklist*, mais leurs idiomes finissent par façonner leur expérience. Dans quelle mesure les individus mobilisent-ils, ne serait-ce que de façon préréflexive, un *habitus-TOC* préconstruit ? Dans quelle mesure la *checklist* participe-t-elle à cette préconstruction ?

Il n'est pas anodin d'entrer dans la catégorie TOC car les classifications ont des implications pratiques : « Les classifications n'existent pas seulement dans l'espace vide du langage, mais aussi dans les institutions, les pratiques, les interactions matérielles avec les choses et les autres gens. » (Hacking 2001, p. 52). On peut supposer, suivant en cela Hacking, que l'interaction ne se joue pas seulement au niveau individuel d'un patient isolé et de son TOC : elle intervient dans la matrice plus large des institutions et des pratiques qui sont issues de la classification « TOC ». Ainsi, cette classification détermine un ensemble de pratiques à l'égard des patients ainsi classifiés. Une fois produites et institutionnalisées, les catégories créent de nouvelles façons d'être dans le monde. Pour Castel, certains éléments de la construction de l'individu changent et peuvent servir de fil conducteur pour interpréter la transformation de la névrose obsessionnelle en TOC. Il y a une « différence substantielle entre la nature des obsessions de l'homme aux rats et les patients actuels » qu'il attribue à une « modulation anthropologique des sentiments moraux ». Castel écrit ainsi :

> « Et plus on explore le mal-être des individus, le "malaise dans la civilisation" (qui est toujours, en fait, le malaise de devoir se civiliser toujours plus), plus on entre dans notre fabrique intime. […] Pas sans mal : autrement dit, pas sans angoisse ni culpabilité, puisque ces deux affects sont au cœur du programme d'intériorisation radicale propre à l'individualisation forcenée de la condition humaine en Occident. Puis-je retenir assez mes pulsions ? Comment expier correctement mes débordements ? Voilà les questions morales de premier rang, tout à fait traditionnelles. Mais comment faire, en même temps, pour ne pas trop me retenir, ni me châtier tellement que je devienne incapable de participer à la vie collective ou pire que je m'autodétruise en tant qu'agent de mes actes ? » (Castel 2012, p. 11)

3.2.4. *Usages de l'échelle en or solidifiée*

Si la Y-BOCS apparaît comme une grille explicative pour les cliniciens et les individus catégorisés par cet instrument d'objectivation, qu'en est-il de son usage dans le domaine de la recherche ? Nous avons vu en introduction qu'il y a actuellement un consensus international des experts qui reconnaissent la Y-BOCS comme l'outil d'évaluation du TOC et de ses traitements (Mataix-Cols 2016). Pourquoi ne semble-t-il pas envisageable actuellement pour les chercheurs d'utiliser un autre instrument de mesure que la Y-BOCS pour évaluer la sévérité du TOC et l'efficacité des traitements ? Comment expliquer l'hégémonie de cette échelle ? Dans le milieu hospitalo-universitaire, le clinicien est aussi chercheur, il a donc deux perspectives qui convergent vers son patient qui devient un sujet « double-face » : un sujet à traiter et un sujet de

recherche, donc un sujet d'article. Les chercheurs s'insèrent dans un processus social basé sur la nécessité de figurer dans la compétition scientifique internationale. Ils sont jugés selon des indicateurs bibliométriques dont leur carrière dépend (Lawrence 2003). Plus ils publient et plus ces publications paraissent dans des revues prestigieuses avec un fort « impact factor », plus ils ont de chances d'obtenir des financements pour réaliser d'autres recherches. Or, pour publier dans ces revues, il est nécessaire de respecter une rhétorique formelle qui condense toutes les normes et les pratiques des chercheurs. Selon Latour, plus la littérature devient technique, plus elle devient sociale, pas dans le sens d'être accessible au plus grand nombre, mais parce qu'elle mobilise davantage d'« alliés ». Les liens et les alliances sont fournis par l'utilisation de références à une série d'autres textes à la manière d'alliés et de partisans. L'auteur académique est ainsi engagé dans un processus social qui vise à l'isolement des dissidents. Le processus implique la « scolarisation » des alliés en convoquant le lecteur, de sorte que sa dissidence devient plus difficile (Lowe 2004). Ces alliés peuvent être des humains mais aussi des non-humains : en convoquant un point de vue, les chercheurs convoquent aussi les méthodologies et les instruments qui lui sont associés. La Y-BOCS étant devenue l'étalon-or de la communauté pour mesurer le TOC, les auteurs qui souhaitent rester dans le jeu social normatif et ne pas devenir des dissidents *doivent* donc utiliser la Y-BOCS. Comme le souligne Briffault, simplement :

> « Parce que c'est la norme de la communauté, et que ce sont les instruments qu'utilisent les publications antérieures dans les revues dans lesquelles on souhaite également publier. On pourra certes tenter une justification savante en disant qu'il s'agit du *Gold Standard*, l'étalon-or, la référence, mais cela n'apporte guère d'informations supplémentaires puisqu'après tout, qu'est-ce qu'un instrument de référence, sinon l'instrument qu'une communauté s'est entendue pour considérer comme étant celui qui fait référence ? » (Briffault 2012)

La sociologie des sciences et les études de laboratoires permettent de mettre à jour l'importance des instruments dans la pratique scientifique. « Cette importance se manifeste sur le plan de la production des connaissances : la nature, la forme et la force des résultats des expérimentations sont déterminées par le type des instruments utilisés, au moins autant que par d'éventuelles "lois de la nature" » (Jouvenet 2007, p. 194).

La Y-BOCS a été conçue pour mesurer et comparer l'efficacité de traitements, d'abord médicamenteux puis des thérapies cognitivo-comportementales dans le domaine des TOC. Elle s'insère donc immédiatement dans une logique et une méthodologie extrêmement formalisées, dans une intrication complexe d'items sémiologiques, de catégories diagnostiques, d'instruments de mesure, de méthodes d'investigation. Les

instruments psychométriques semblent bien, dans une certaine mesure, former un agrégat, un système autoréférentiel, fait de références symétriques. Comme le suggère Briffault :

> « On n'a donc jamais affaire à un seul instrument, mais toujours à un réseau d'instruments qui se valident mutuellement, et leur puissance normative en est d'autant plus importante. Ce qui fait, pour reprendre une analyse classique de Bruno Latour, par exemple dans "La science en action", que si vous voulez contester un instrument, vous aurez à remettre en question non seulement l'instrument, mais tout ce à quoi il s'articule, qui le tient, et qu'il contribue à faire tenir. » (Briffault 2012)

Nous proposons de montrer, brièvement, comment la Y-BOCS s'instancie *concrètement* dans cette logique en décrivant la mise en place de protocoles de stimulation cérébrale profonde pour les personnes présentant des TOC. Cette technique est extrêmement règlementée et encadrée par les autorités de santé. Elle s'effectue dans le cadre de protocoles de recherche qui permettent de développer et d'évaluer l'efficacité de cette nouvelle thérapie au moyen d'essais cliniques randomisés, contrôlés et en double insu. Il s'agit d'assigner aléatoirement des patients, soit à un groupe recevant la thérapie testée, soit à un groupe dit « contrôle », et de les évaluer avant et après l'introduction du traitement.

La façon dont les chercheurs mesurent l'efficacité d'une thérapie et affirment qu'un patient va mieux révèle la pensée et la logique classificatoires qui pré-structurent leur pratique. Leurs instruments de mesure sont les éléments qu'ils ont créés et dont ils disposent pour ordonner les faits. Ce contexte très spécifique de recherche implique une grammaire relationnelle elle-même très spécifique. Il y prévaut un processus de conformité entre les attentes des patients et celles des chercheurs, une bonne combinaison, « la bonne clé dans la bonne serrure », ce qui confère une force sociale et épistémologique à l'ensemble du dispositif. Le trou de la serrure par lequel les chercheurs regardent les patients est le DSM. Cependant, tous les patients atteints de TOC – selon le DSM – ne peuvent pas participer aux recherches. Le score de Y-BOCS est un critère déterminant d'inclusion ou d'exclusion des protocoles. Un score égal ou supérieur à 16 est généralement requis pour les essais sur les traitements médicamenteux ou les psychothérapies, et un score égal ou supérieur à 25 pour être candidat à la stimulation cérébrale profonde. Les patients doivent manifester un trouble qui évolue depuis plus de cinq ans et qui résiste aux traitements conventionnels : il doit leur avoir été prescrit en particulier des traitements pharmacologiques et deux TCC d'au moins un an avec deux thérapeutes différents, membres d'une association nationale de TCC. Afin que l'échantillon soit homogène, et afin également de diminuer la variabilité interindividuelle et de garantir des résultats généralisables, les patients ayant des comor-bidités (des pathologies psychiatriques additionnelles) sont également exclus au moyen du *Mini*

International Neuropsychiatric Interview (MINI), un autre instrument de mesure mondialement reconnu, explorant de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM (Lecrubier *et al.* 1998). Qu'en est-il de la représentativité de ces patients ? Peut-on vraiment dire qu'on évalue l'efficacité d'un traitement lorsqu'on exclut d'emblée les patients qui ont une comorbidité ? Les enquêtes épidémiologiques suggèrent que plus de 50 % des personnes atteintes de TOC ont au moins une autre maladie associée, telle qu'un trouble anxieux, un trouble de la conduite alimentaire, des tics, une dépression ou encore un trouble bipolaire (Abramowitz *et al.* 2009). Au vu de ces considérations épidémiologiques, il semble donc que le « vrai patient atteint de TOC » soit un patient comorbide. Les chercheurs n'englobent donc pas tous les patients dans le « TOC ». Des tamis méthodologiques et psychométriques leur permettent successivement de les filtrer pour qu'ils puissent entrer dans le moule de leurs protocoles de recherches.

3.2.5. *Une échelle qui structure le monde*

La Y-BOCS apparaît comme un instrument de mesure incontournable dans le monde scientifique qui façonne la recherche sur les TOC, mais comment l'utilisation de cette échelle structure-t-elle l'entretien avec les patients inclus dans les protocoles ? La passation de la Y-BOCS s'effectue au cours d'un entretien semi-structuré qui permet de recueillir un certain type d'informations, et les patients ont conscience que leur discours doit en respecter les contours. M. C., le premier patient à témoigner dans les médias en France, hautement socialisé à l'idiome TOC-DSM, a été candidat à un protocole de stimulation cérébrale profonde. Après un premier entretien visant à évaluer sa « candidature », il constate : « Docteur V., il pose des questions… Il faut que ça rentre dans un moule ! » De fait, la nature semi-structurée de la passation de l'échelle définit ce qui peut être exploré et exprimé, et ce qui ne peut pas l'être.

Les recommandations des auteurs français ayant validé la Y-BOCS sont éloquentes : « Avant d'engager l'entretien semi-directif, donner les définitions des obsessions et des compulsions suivantes […] et des exemples. » (Mollard *et al.* 1989, p. 336). La consigne « avant d'engager » condense toute la pré-structuration des discours et des expériences que les patients doivent décrire uniquement selon les catégories d'obsessions et de compulsions recensées. Leurs descriptions du monde sont façonnées par les catégories d'entendement, la logique d'évaluation et les outils qui leur correspondent, en l'occurrence, la Y-BOCS. Docteur C., qui est psychologue clinicienne et participe aux évaluations longitudinales des patients inclus dans les protocoles du professeur M., décrit ainsi la passation concrète de l'échelle :

> « Pour certains patients résistants, je n'arrive pas à faire la Y-BOCS au premier entretien. Je n'y arrive pas parce que par exemple, Mlle G., elle

> est arrivée avec tellement de détresse et tellement de trucs qu'elle avait beaucoup de mal à délimiter son TOC car ça envahit tout. Quand tu leur dis : "Essayez déjà de distinguer les obsessions des compulsions", ils vont te dire oui en théorie, mais "combien de temps ça vous prend les obsessions ?". "Bah je sais pas, tout le temps". Ils ont vraiment du mal. C'était le cas de Mlle G., elle ne savait pas ce qui était TOC et ce qui ne l'était pas. Comment tu veux coter une Y-BOCS si tu ne sais pas délimiter ton TOC ? Et c'était pareil pour M. P. qui va être opéré. »

Lorsque le docteur C. demande à son patient « essayez déjà de distinguer les obsessions des compulsions », elle se conforme donc aux recommandations des auteurs qui ont construit l'échelle et contribue à *y-bocsiser* ses patients, c'est-à-dire à rendre leur expérience conforme aux catégories de la Y-BOCS. Docteur C. utilise également la Y-BOCS comme un argument rhétorique, un « allié », qu'elle convoque afin d'objectiver les changements qu'elle observe dans sa pratique clinique à l'égard de trois destinataires : elle-même, les autres professionnels et le patient.

> « Quand je fais la Y-BOCS en cabinet, je l'utilise pour moi, pour savoir où j'en suis dans la prise en charge. Je connais par cœur les cotations. Dans les cas où ça n'avance pas du tout, c'est une balise. Là, cela fait X mois que la Y-BOCS n'a pas bougé. C'est très utile surtout pour communiquer avec les autres psys et avec les patients, c'est comme une évaluation, à la fin je leur fais un commentaire : "C'est mieux la dernière fois, vous avez X/40." Ils sont contents, ça les rassure. »

Nous voyons apparaître ici un réseau, une méta-organisation qui rassemble des humains, des objets (la Y-BOCS) et des discours qui agissent comme médiateurs ou comme intermédiaires les uns à l'égard des autres. L'insertion dans ces ensembles sociotechniques permet de transformer des êtres humains, de fabriquer de nouveaux êtres, de produire des visions du monde, des discours, des instruments et des collectifs. Les individus semblent ainsi déterminés par le système sociotechnique dans lequel ils sont pris.

En consultation, la Y-BOCS est devenue une « balise » pour les cliniciens-chercheurs, à l'instar du professeur M. qui ne mène pas d'entretiens structurés spécifiques avec ses patients pour établir un score précis, mais qui a intériorisé les éléments de cette échelle si bien qu'au cours de la consultation, il catégorise ses patients en leur attribuant un score de « moins de 20 », de « 20 à 25 » ou encore de « plus de 30 ». Cette grille lui permet d'identifier rapidement les patients qui peuvent être inclus dans les différents protocoles qu'il dirige. Ainsi, les patients ayant un score de « moins de 20 » ne peuvent pas être sélectionnés dans des protocoles, ils seront suivis en soins courants ; la catégorie des « 20

à 25 » peut participer à des protocoles d'essais psychothérapeutiques tels que la *Mindfulness* ou à des protocoles non-invasifs tels que la stimulation magnétique transcrânienne (TMS) ; enfin, ceux ayant un score de « plus de 30 » sont « candidats » aux protocoles de stimulation cérébrale profonde. Ceux-là bénéficieront donc d'une évaluation très précise de l'ensemble des traitements médicamenteux et psychothérapeutiques auxquels ils ont été soumis auparavant afin de s'assurer que leur résistance à ces thérapies, « plus ordinaires », est patente.

La Y-BOCS a été conçue pour être utilisée dans des essais scientifiques menés par des cliniciens. Mollard et ses collaborateurs précisent : « Les items sont cotés selon ce que disent les patients. Cependant, c'est le jugement clinique de l'évaluateur qui déterminera le score final […]. L'honnêteté du patient peut être mise en cause et ceci sera noté à la fin de l'entretien. » (Mollard *et al.* 1989, p. 336). Effectivement, pour le docteur C., seul un clinicien peut utiliser cette échelle. Elle argumente ce constat ainsi :

> « Il faut être un bon clinicien parce qu'il faut bien savoir expliquer au patient et distinguer les obsessions et les compulsions, distinguer chaque petite nuance ne serait-ce qu'entre résistance et contrôle, il y en a plein qui les mélangent. Si toi tu l'as pas compris à fond tu pourras jamais l'expliquer à ton patient. »

La socialisation du patient à une expression *y-bocsisée* de son être au monde apparaît ici résulter d'une forme d'éducation pédagogique qui permet au *bon clinicien* de lui fournir les *patterns* conformes aux items de l'échelle à travers laquelle il est évalué. Alors, la Y-BOCS est-elle une bonne échelle ? Docteur C. constate : « Tu ne prends pas en compte les évitements qui sont en eux-mêmes des marqueurs de sévérité, ni la sévérité ni l'amélioration globale, c'est des limites de l'échelle. » Il est intéressant de noter que ces trois limites relevées par le docteur C. font toutes partie des neufs items qui figuraient en 1986 dans la première version de la Y-BOCS et qui ont été finalement abandonnés (pour rappel : prise de conscience des symptômes, évitement, indécision, responsabilisation pathologique, lenteur, doute pathologique, sévérité globale des troubles et amélioration globale). L'abandon de ces items « heuristiques » pour plus de fiabilité statistique semble donc, pour la clinique, assez réducteur. Il ne semble pas que l'expérience des personnes présentant des TOC puisse tenir substantiellement dans les cases pré-structurantes de la Y-BOCS. Le fait même de chercher à transformer l'épaisseur complexe de leur expérience en quelques cases cochées ou non cochées reflète un « style de pensée » (Fleck 1935) et de présence à l'autre qui comporte le risque pour le clinicien de regarder son patient selon un prisme étroit, ce qu'un article du *New York Times* de 2009 résume dans son titre évocateur : « Checking the right boxes, but failing the patients ».

3.3. Limites et évolutions de l'échelle

3.3.1. *Réduction de l'expérience*

Si la Y-BOCS est considérée par la communauté des cliniciens-chercheurs comme un outil d'objectivation présentant d'excellentes qualités psychométriques, elle semble cependant aboutir à une réduction substantielle de l'expérience clinique. Concernant l'usage de cette échelle, le docteur C. conclut :

> « Si la Y-BOCS présente l'avantage d'être standardisée, validée, permettant une comparaison internationale, une norme, elle n'est pas cliniquement adaptée. Par exemple, des papiers démontrent que ce n'est pas un bon outil d'évaluation post-DBS (stimulation cérébrale profonde) car l'appréciation du patient n'est pas prise en compte. Par exemple, je suis un patient depuis 5 ans, au début il avait un TOC modéré, avec une Y-BOCS à 20. J'ai dû lui enlever ses TOC en 6 mois, il lui reste une vérification sur sa porte d'entrée et ça fait des années qu'il est en thérapie pour une vérification sur sa porte d'entrée mais il est très insatisfait alors qu'il n'a quasiment rien tandis que d'autres sont beaucoup plus sévères mais plus satisfaits. »

Il semble bien que la stimulation cérébrale profonde engendre des changements globaux et profonds très insuffisamment capturés par les échelles psychiatriques traditionnelles qui se composent principalement de mesures comportementales portant sur la sévérité des symptômes. En fait, certains patients ne montrent que peu d'amélioration sur l'échelle de TOC standard, la Y-BOCS, alors qu'ils éprouvent une différence de vie substantielle : pour eux, la vie est devenue à nouveau vivable. Le changement ne porte donc pas uniquement sur les symptômes mais, selon un modèle basé sur les affordances énactives. Ainsi, selon Peschard :

> « La réalité n'est pas découverte par des êtres capables d'échapper à l'idiosyncrasie de leurs conditions physique et historique d'existence, elle est déterminée par ces conditions […]. Dans la perspective énactive, une structure cognitive n'est pas une représentation de quelque chose, elle n'est pas déterminée par les propriétés de la réalité, car la réalité n'est pas antérieure au processus cognitif : l'ensemble des objets et des relations qui constituent la réalité que nous partageons est le résultat émergent d'un processus enraciné dans une dynamique sensori-motrice. » (Peschard 2004, p. 381-382)

Ainsi, le changement vécu par le patient résulte plutôt des interactions dynamiques entre un organisme agissant et son environnement. Considérer qu'il n'y a pas une

représentation d'un monde pré-donné par un esprit pré-donné, mais l'adoption d'un monde et d'un esprit sur la base d'une variété d'actions qu'un être au monde performe, permet de rendre davantage compte de la phénoménologie des changements induits par la stimulation cérébrale profonde. Après l'opération, les patients semblent bien faire l'expérience d'une *manière d'être au monde* différente. Leurs expériences sont donc pertinentes pour essayer d'en rendre compte car elles forment à la fois le point de départ à partir duquel il devient possible de comprendre et de catégoriser leurs problèmes et, par suite, de déterminer les options de traitement et les critères ultimes de leur succès (Haan *et al.* 2013). Falissard résume ainsi ce propos :

> « Si l'on s'intéresse au patient en tant que sujet pensant (est-il triste, anxieux, fatigué, douloureux, etc.), alors la mesure sera subjective, par définition. Les mesures objectives ont un rôle essentiel en clinique (poids, pression artérielle, glycémie, virémie, etc.), car elles peuvent apporter une information diagnostique ou pronostique souvent inégalable. Elles ne peuvent cependant prétendre à décrire un patient dans son intimité psychique. Or c'est bien en tant que sujet pensant que le patient est ce partenaire incontournable dans le choix thérapeutique, ou l'arbitre définitif du succès d'une prise en charge. » (Falissard 2012, p. 9)

3.3.2. *Vers une évaluation contextualisée du sujet pensant ?*

Les chercheurs perçoivent bien la tension entre la validité scientifique d'une mesure *Gold Standard* et son incapacité à évaluer la dimension expérientielle. Le professeur M. a notamment contribué à un article au titre évocateur : « Neurochirurgie dans la maladie de Parkinson : le médecin est heureux, le patient moins ? » (Agid *et al.* 2006). À l'issue d'un protocole ayant duré 4 ans, consistant en 16 mois d'évaluation d'un protocole de stimulation cérébrale profonde pour 8 patients présentant des TOC, une discussion animée s'est engagée entre les cliniciens-chercheurs. L'analyse des résultats a en effet posé question au sein de l'équipe. Neurologues, psychiatres, psychologues, neuropsychologues et patients ont divergé irrévocablement sur les évaluations de l'état clinique des patients. Les neurologues et les psychiatres se basaient sur leurs impressions cliniques tandis que les psychologues et neuropsychologues, en aveugles (ne sachant pas si les patients étaient stimulés ou non), effectuaient des évaluations standardisées. Ces deux processus ont conduit les professionnels à des évaluations très différentes de la sévérité des troubles, les premiers allant jusqu'à remettre en cause la validité des évaluations standardisées.

Ce constat et ces divergences sont de nature à questionner la validité même du *design* des essais randomisés en double insu dans l'évaluation d'un traitement innovant de ce type. Quelle est la validité de ces évaluations répétées qui « découpent » la personne en

fonction de différentes échelles indépendantes ? Le professeur M. explique qu'il lui est arrivé fréquemment au cours du protocole de *bien voir* au cours d'une conversation avec certains patients qu'ils allaient mieux, alors que les scores de Y-BOCS cotés par les psychologues ne rendaient pas compte de ces améliorations. Quelle évaluation était-elle la plus proche de la *réalité* subjective des patients ? L'appréciation intuitive englobante ? L'évaluation structurée ? Comme le note Falissard :

> « Il existe bien une définition courante : "une mesure, c'est la quantification de l'attribut d'un objet (ou d'un sujet en ce qui nous concerne)". Ainsi, dire d'un sac qu'il pèse 10 kg, c'est bien quantifier (attribuer un nombre) l'attribut (la masse) d'un objet (le sac). Cette définition est pourtant bien peu satisfaisante : à quoi correspond cette quantification ? (tout est là). Quelle est la "réalité" de l'attribut d'un objet ou d'un sujet ? (Qu'est-ce qu'une masse ? Quelle est la réalité de la tristesse d'un sujet ? Masse et tristesse sont-elles plus que des mots ? Assurément, mais en quoi ?) » (Falissard 2012, p. 4)

Le questionnement de cette communauté d'hétéro-évaluateurs en a amené un autre portant sur la nécessité d'une évolution paradigmatique qui permettrait d'accéder à des auto-mesures contextualisées des symptômes. C'est ainsi que le docteur K., psycho-expérimentaliste de l'équipe du professeur M., s'est engagé dans un processus de réflexion et de développement de nouvelles technologies dites d'*Ecological Momentary Assessment* (EMA), ou évaluation instantanée en situation écologique *in vivo*. Ce procédé permettant de fabriquer des auto-mesures contextualisées peut être considéré comme un « selfie clinique » moderne, permettant de photographier les personnes en temps réel, dans le « monde réel » (Heron et Smyth 2010).

Cette nouvelle modalité d'évaluation instantanée *in vivo* correspond également à la poursuite d'un idéal d'objectivation, l'idéal du « bon scientifique » qui réprime sa subjectivité plutôt que de se fier à son jugement, adoptant une « vision aveugle » (Demazeux 2015). Plus précisément, ce nouvel instrument de mesure garantit une évaluation « non-polluée » par le regard du clinicien, il permet de recueillir des données brutes de la symptomatologie subjective du patient et participe à un mouvement visant à s'affranchir de la subjectivité du clinicien.

À l'instar du *selfie* qui est une photographie d'une personne, prise par elle-même, l'auto-évaluation entend offrir un accès au point de vue « en première personne » afin d'appréhender l'expérience d'un sujet. Pour autant l'idée qu'il s'agirait là d'un point de vue en première personne est éminemment discutable. La définition de Wikipédia du *selfie* précise : « Généralement prise sur le vif, ce type de photographie est réalisée avec un appareil porté "à bout de bras". » À bout de bras, décentre donc la personne de son

expérience subjective directe en lui imposant de choisir un point de vue extérieur. C'est en fait un point de vue en troisième personne, généré en première personne. Il en va de même pour les auto-mesures de l'EMA. Il est demandé aux personnes de se regarder elles-mêmes, depuis une position externalisée, en fonction de catégories préétablies.

Comment articuler catégorisation et subjectivité en vue d'accéder à des auto-mesures qui rendent compte du monde réel d'une personne ? L'objet initial de l'équipe étant d'accéder à une « meilleure » évaluation des personnes, tout l'enjeu lors de la construction des questionnaires d'autoévaluation a résidé, pour le docteur K., dans la capacité de métamorphoser une hétéro-évaluation standardisée et basée sur des critères nosographiques déterminés en une autoévaluation contextualisée et faite « sur mesure ».

Certains patients ayant des obsessions pénibles liées à des thématiques sexuelles, comme la peur d'être pédophile par exemple, peuvent éprouver une grande honte, de l'inconfort voire une impossibilité à exposer leurs obsessions lors d'une évaluation en face-à-face avec un clinicien (Tilley et Rees 2014). Cette contrainte peut donc déboucher sur une sous-évaluation des obsessions, et une restriction de la capacité du clinicien à comprendre et traiter adéquatement le patient (Grant *et al.* 2006 ; Rachman 2007). Des chercheurs ont montré que la procédure d'EMA permet d'identifier des obsessions et des compulsions qui ne sont pas recensées par l'évaluation classique réalisée à l'aide de la Y-BOCS (Tilley et Rees 2014). Les dispositifs d'EMA rendraient-ils alors quasi caduques les instruments d'évaluations classiques décontextualisés ? Et si c'était le cas, quelles en seraient les conséquences en retour sur les manières de concevoir l'évaluation, sur les catégories nosographiques dont ces instruments sont directement issus, et sur l'idiome de santé mentale utilisé dans les relations sociales pour parler des troubles ? Suivant le concept de « l'effet en boucle des genres humains » de Hacking, on doit penser ici que le genre « TOC » peut interagir avec la personne ainsi classifiée pour la « façonner » (Hacking 1998 et 2002). De la même manière, la classification peut être à son tour modifiée ou remplacée. L'EMA, qui a vocation à s'insérer dans chaque moment de la vie quotidienne au moyen d'observations issues de catégories pré-codées, va-t-elle constituer un accélérateur de cette boucle de genre en santé mentale ? Des études ethnographiques sont nécessaires pour saisir les dynamiques de l'appropriation progressive de ces dispositifs technologiques et la manière avec laquelle ils peuvent intégrer et modifier la vie ordinaire des personnes atteintes de TOC et celle de leur entourage. Au-delà, il conviendrait de saisir par l'observation comment ces évaluations « sur mesure », en sortant du laboratoire, affectent plus globalement encore l'architecture sociale de l'écosystème qu'elles traversent au moyen de leurs instruments.

L'avènement de ces nouvelles technologies ubiquitaires peut contribuer à une construction anthropologique d'un *homo y-bocsus*. Nous pouvons supposer que l'utilisation d'échelles telles que la Y-BOCS sera renfoncée par l'EMA qui offre au patient la

possibilité et simultanément l'exigence permanente de s'évaluer en tout lieu et en tout temps au moyen de catégories prédéfinies. Que va-t-il advenir de ces manières de se penser soi-même ? Ces nouvelles possibilités de se penser sont-elles de nature à enrichir une attitude réflexive dans un monde augmenté, à élargir le champ du regard réflexif, ou au contraire à le rétrécir ? Selon Briffault, il ne faut pas se méprendre sur :

> « L'adjonction d'informations au réel qu'on aime à appeler "réalité augmentée", mais dont il faut rappeler qu'il s'agit tout autant d'une réalité diminuée, dans la mesure où les informations sont sélectionnées sur la base des modèles et ne contiennent pas nécessairement, et même nécessairement pas, la totalité de la réalité. »[1]

3.4. La Y-BOCS a-t-elle un (bel) avenir ?

Au total, la Y-BOCS est considérée comme un instrument d'objectivation qui répond aux normes métrologiques : valide, fiable et sensible au changement. L'instrument mesure bien ce qu'il est censé mesurer et il est reproductible aussi longtemps que les conditions de mesure ne changent pas. Son calibrage ayant été établi, d'après ses performances statistiques, on ne s'en préoccupe plus : il est entré dans le règne du *Gold Standard*. Toutefois, il existe de bonnes raisons à cela.

La Y-BOCS est largement utilisée parce que c'est la norme de la communauté, parce qu'elle appartient à un réseau d'instruments qui se valident mutuellement, et parce qu'il existe une forte congruence entre la théorie du trouble, l'instrument utilisé, et les logiques classificatoires des maladies, des patients et des thérapies (Morgiève 2008). Nous avons vu émerger une méta-organisation rassemblant des acteurs sociotechniques imprimant successivement une forme qui dessine les contours des productions et de l'évaluation des traitements pour les patients présentant des TOC. L'arrivée de nouveaux alliés, tels que les nouvelles technologies et les évaluations écologiques instantanées sont susceptibles de renforcer ce dispositif. Quel peut être l'impact des modifications des logiques d'évaluation et de classifications des maladies et de leurs traitements sur les acteurs sociotechniques qui en dépendent ? Récemment, Thomas Insel, le directeur de l'Institut national de la santé mentale aux États-Unis (NIMH) a déclaré en avoir assez de chercher au hasard. Il a préconisé de cesser de financer les essais cliniques qui visent simplement à soulager les symptômes des patients et de ne plus utiliser le DSM pour classer les troubles mentaux : « les définitions du manuel ont tendance à regrouper les patients par symptômes, ce qui, souvent, ne correspond pas précisément à ce qui ne va pas dans leur cerveau », dit-il. Il ajoute : « Nous avons étudié les médicaments, pas les

1. Conférence « objets connectés » du CLARA, Lyon, 23 octobre 2015.

troubles – si vous essayez quelque chose au hasard, et que p est inférieur à 0,05, vous gagnez. » Cette manière de penser, ajoute-t-il, gâche du temps et de l'argent (Reardon 2014). Ce changement du paradigme d'évaluation fait pendant à l'idée selon laquelle la nosologie psychiatrique traditionnelle devrait laisser la place à plus ou moins brève échéance à une approche plus dimensionnelle calquée sur (ce qu'on suppose être) l'architecture neurocognitive des troubles (c'est à dire en grandes fonctions/circuits/réseaux de gènes, etc.) : les *Research Domain Criteria* (RDoC). Le cadre des RDoC cherche à établir des constructions dimensionnelles qui intègrent les phénomènes psychologiques et biologiques. Il se veut à la fois plus biologique et moins biologiquement réductionniste que le DSM (Yee *et al.* 2015). En quoi ? Pour Weinberger, les patients qui souffrent de dépression ou de schizophrénie peuvent montrer des anomalies similaires au cours de tests cognitifs, un engagement similaire pendant des protocoles d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle dédiés à la mémoire de travail, et même un taux similaire de sédimentation des érythrocytes. Mais les causes sous-jacentes de ces similarités superficielles dans les comportements fractionnés et les mesures biologiques peuvent être différentes. Selon Weinberger encore, l'idée selon laquelle un clinicien pourrait « traiter de la même manière » tous les individus qui ont des scores élevés sur une échelle mesurant les émotions à valence négative, ou aux épreuves de réactivité de l'amygdale ou de mémoire de travail, n'est pas scientifique et est cliniquement irresponsable (Weinberger *et al.* 2015).

En supplantant le DSM dans la recherche clinique, le cadre de travail des RDoC pourrait aiguiller les approches futures de diagnostic clinique. Il pourrait valider certaines catégories du DSM, en éliminer ou redéfinir d'autres, et établir un nouveau langage fondé sur la description de la maladie neuropsychiatrique en termes de dimensions. Les relations entre les phénomènes psychologiques et biologiques pourraient être mieux conçues et identifiées, conduisant à un diagnostic amélioré de la maladie mentale et à de meilleurs résultats de santé (Yee *et al.* 2015). Que peut-il advenir de la Y-BOCS avec l'avènement de cette approche dimensionnelle émergente ? Cette échelle de mesure est historiquement soudée au DSM : elle appartient à un réseau d'instruments, de théories, de catégorisations qui se valident mutuellement, et qui sont, de fait, largement homomorphes et congruents. L'usage de la Y-BOCS va-t-il être renforcé dans ce contexte de contestation des catégories nosographiques ou bien l'échelle sera-t-elle dissoute avec la dissolution des catégories dont elle dépend ? *L'homo y-bocsus* survivra-t-il à la substitution de l'institution DSM par celle des RDoC ? Nous voyons poindre de nouveaux discours, de nouveaux dispositifs technologiques ubiquitaires, de nouveaux systèmes de catégorisation qui amorcent une boucle d'interpénétration rétroactive avec les théories, les méthodologies, les instruments émergents, etc. Ainsi, toutes les conditions semblent réunies pour qu'un nouveau standard fasse son œuvre.

3.5. Bibliographie

Abramowitz, J.S., Taylor, S. and McKay, D. (2009), Obsessive-compulsive disorder, *The Lancet*, 374(9688), 491–499.

Agid, Y., Schüpbach, M., Gargiulo, M., Mallet, L., Houeto, J.L., Behar, C., Maltête, D., Mesnage, V. and Welter, M.L. (2006), Neurosurgery in Parkinson's disease: the doctor is happy, the patient less so?, in P. Riederer, H. Reichmann, M.B.H. Youdim and M. Gerlach (eds.), *Parkinson's Disease and Related Disorders*, Springer, New York, 409–414.

Andreasen, N.C. (1998), Understanding schizophrenia: a silent spring? *American Journal of Psychiatry*, 155, 1657–1659.

Andreasen, N.C. (2007), DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences, *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 108–112.

APA and Guelfi, J.D. (1989), *DSM-III-R: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, Paris.

Berger, F., Briffault, X., Bobillier, M-C., Paquienséguy, F. (2015), *Atelier objets connectés en cancérologie*, CLARA, Auvergne-Rhône-Alpes.

Berkenkotter, C., Ravotas, D. and Sadler, J.Z. (2002), Psychotherapists as authors: microlevel analysis of therapists' written reports, in J.Z. Sadler (ed.), *Descriptions and Prescriptions: Values, Mental Disorders, and the DSMs*, John Hopkins University Press, Baltimore, 251–268.

Blanchet, A., Bromberg, M. and Urdapilleta, I. (1990), L'influence non directive, *Psychologie française*, 35(3), 217–226.

Bouvard, M., Mollard, E., Cottraux, J. and Guérin, J. (1989), Étude préliminaire d'une liste de pensées obsédantes, *L'encéphale*, 15, 351–354.

Bridgman, P.W. (1927), *The Logic of Modern Physics*, Macmillan, New York.

Briffault, X. (2012), Sur la classification et sa signification en santé (mentale) publique, *Les bases conceptuelles des classifications en psychiatrie*, L'Association Française de Psychiatrie, Paris.

Castel, P.H. (2006), *À quoi résiste la psychanalyse* ?, PUF, Paris.

Castel, P.H. (2012), *La Fin des coupables, suivi de Le Cas Paramord, II: Obsessions et contrainte intérieure.* Les Éditions d'Ithaque, Paris.

Cette bibliographie est identique à celle de l'ouvrage correspondant en anglais publié par ISTE.

Cooper, J. (1970), The Leyton obsessional inventory, *Psychological Medicine*, 1(1), 48–64.

de Haan, S., Rietveld, E., Stokhof, M. and Denys, D. (2013), The phenomenology of deep brain stimulation-induced changes in OCD: an enactive affordance-based model, *Frontiers in Human Neuroscience*, 7(October), 1–14.

Debabèche, C. (2009), Trouble obsessionnel-compulsif (TOC), *Thérapeutique*, 214(30), 1659–1662.

Demazeux, S. (2015), Cliniciens, encore un effort pour être objectifs !, *Congrès Français de Psychiatrie*, Lille.

Descuret, J.B.F. (1844), *La médecine des passions : ou les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion*, Labé, Paris.

Ehrenberg, A. (2010), *La société du malaise : le mental et le social*, Odile Jacob, Paris.

Elias, N. (1991), *La Société des individus*, Fayard, Paris.

Elias, N. (2010), *Au-delà de Freud : sociologie, psychologie, psychanalyse*, La Découverte, Paris.

Ellis, W.C. (1840), *Traité de l'aliénation mentale ou de la nature, des causes, des symptômes et du traitement de la folie*, J. Rouvier, Paris. Available at : http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76588g.

Falissard, B. (2012), La mesure de la subjectivité. In *19e Journées: La douleur de l'enfant. Quelles réponses?*, UNESCO, Paris.

Falret, J. (1866), Folie raisonnante ou folie morale. *In: Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, JB Baillière , Paris, 475–544.

Fleck, L. (1981), *Genesis and Development of a Scientific Fact*, University of Chicago Press Chicago, USA.

Freud, S. (2010), *L'Homme aux rats : un cas de névrose obsessionnelle*, Payot, Paris.

Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R. and Charney, D.S. (1989a), The yale-brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability, *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006–1011.

Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R., Charney, D.S. (1989b), The yale-brown obsessive compulsive scale: II. Validity, *Archives of General Psychiatry*, 11, 46, 1012–1016.

Grant, J.E., Pinto, A., Gunnip, M., Mancebo, M.C., Eisen, J.L. and Rasmussen, S.A. (2006), Sexual obsessions and clinical correlates in adults with obsessive-compulsive disorder., *Comprehensive Psychiatry*, 47(5), 325–329.

Hacking, I. (1998), *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*, Princeton University Press, Princeton.

Hacking, I. (2001), *Entre science et réalité*, La Découverte, Paris.

Hacking, I. (2002), *Historical Ontology*, Springer, New York.

Hempel, C.G. (1961), Introduction to problems of taxonomy, *Field Studies in the Mental Disorders*, 5, 3–22.

Heron, K.E., Smyth, J.M. (2010), Ecological momentary interventions: incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments, *British Journal of Health Psychology*, 15, 1–39.

Horwitz, A.V. (2002), *Creating Mental Illness*, University of Chicago Press, Chicago.

Janet, P. (1903), *Les obsessions et la psychasthénie*, Félix Alcan, Paris.

Jouvenet, M. (2007), La culture du "bricolage" instrumental et l'organisation du travail scientifique : enquête dans un centre de recherche en nanosciences, *Revue d'Anthropologie des Connaissances*, 12(2), 189–219.

Kramer, P. (1993), *Listening to Prozac: A Psychiatrist Explores Antidepressant Drugs and the Remaking of the Self*, Viking Press, New York.

Lasègue, C. (1876), Vertige mental. *Études médicales du Professeur Ch. Laségue: Tome 1*, Asselin, Paris, 765–774.

Lawrence, P.A. (2003), The politics of publication, *Nature*, 422(6929), 259–261.

Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L.I. and Lépine, J.P. (1998), Mini International Neuropsychiatric Interview: French Version 5.0.0, Paris, INSERM.

Lempérière, T. (1992), Les troubles obsessionnels-compulsifs, In J. Adès and F. Rouillon (eds) *Les états névrotiques*, Éditions Jean-Pierre Gureau, Château de Loire, 107–163.

Lowe, A. (2004), Methodology choices and the construction of facts: some implications from the sociology of scientific knowledge, *Critical Perspectives on Accounting*, 15(2), 207–231.

Maj, M. (1998), Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia, *British Journal of Psychiatry,* 172, 458–460.

Masse, L., Blanchet, A. and Poitrenaud, S. (1999), Construction des univers référentiels en psychothérapie, *Psychologie Française*, 44(4), 349–360.

Mataix-Cols, D., de la Cruz, L.F., Nordsletten, A.E., Lenhard, F., Isomura, K. and Simpson, H.B. (2016), Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive–compulsive disorder, *World Psychiatry*, 15(1), 80–81.

Mauss, M. (1921), L'expression obligatoire des sentiments (rituels oraux funéraires australiens), *Journal de psychologie*, 18, 425–434. Available at: http://www.anthropomada.com/bibliotheque/MAUSS-Marcel-lexpression-obligatoire-des-sentiments.pdf.

Mollard, E., Cottraux, J. and Bouvard, M. (1989), Version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown, *L'Encéphale*, 15, 335–341.

Morgiève, M. (2008), Ethnologie de la production d'un traitement innovant en Thérapie Comportementale et Cognitive des Troubles Obsessionnels Compulsifs, Thesis, Paris Descartes University, Paris.

Moutaud, B. (2003), Are we receptive to naturalistic explanatory models of our disease experience? Applications of deep brain stimulation to obsessive compulsive disorders and Parkinson's disease, *Advances in Medical Sociology*, 13, 179–202.

O'Connor, K. and Robillard, S. (1996), Interventions cognitives pour les troubles obsessionnels-compulsifs, *Revue Québécoise de Psychologie*, 17(1), 165–195.

Pérez-Álvarez, M. and García-Montes J.M. (2007), The Charcot effect: the invention of mental illnesses, *Journal of Constructivist Psychology*, 20(4), 309–336.

Pérez-Álvarez, M., Sass, L.A., and García-Montes, J.M. (2008), More aristotle, less DSM: the ontology of mental disorders in constructivist perspective, *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 15(3), 211–225.

Peschard, I. (2004), La réalité sans représentation, la théorie de l'énaction et sa légitimité épistémologique, Thesis, École Polytechnique, Paris.

Pignarre, P. (2003), *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, La Découverte, Paris.

Rachman, S.J. and Hodgson, R.J. (1980), *Obsessions and Compulsions*, Prentice Hall, New York.

Rachman, S.J. (2007), Unwanted intrusive images in obsessive compulsive disorders, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 402–410.

Reardon, S. (2014), NIH rethinks psychiatry trials, *Nature*, 507(7492), 288.

Sanavio, E. (1988), Obsessions and compulsions: the Padua Inventory, *Behaviour Research and Therapy*, 26(2), 169.

Tilley, P.J.M. and Rees, C.S. (2014), A clinical case study of the use of ecological momentary assessment in obsessive compulsive disorder, *Frontiers in Psychology*, 5, 339.

Trélat, U. (1864), *La folie lucide étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société*, Adrien Delahaye, Paris.

Tucker, G.J. (1998), Putting DSM IV in perspective [editorial], *American Journal of Psychiatry* 15, 159–161.

Weinberger, D.R., Glick, I.D. and Klein, D.F. (2015), Whither Research Domain Criteria (RDoC)?: the good, the bad, and the ugly, *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1161–1162.

Whooley, O. (2010), Diagnostic ambivalence: psychiatric workarounds and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, *Sociology of Health and Illness*, 32(3), 452–469.

Wikipedia (2018), *Selfie* [Online]. Available : https://en.wikipedia.org/wiki/Selfie.

Yee, C.M., Javitt, D.C. and Miller, G.A. (2015), Replacing DSM categorical analyses with dimensional analyses in psychiatry research: the Research Domain Criteria Initiative, *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1159–1160.

Chapitre 4

Objectiver la démence : l'usage du *Mini-Mental State Examination* dans la recherche et la pratique médicales

Le *Mini-Mental State Examination* (MMSE), actuellement utilisé sous sa seconde version (voir figure 4.1), est un petit test qui a pour but, en trente questions ou épreuves, de faire le point sur l'état cognitif général des patients : orientation, mémoire, attention, calcul, etc. En matière de démences neurodégénératives, il est le plus utilisé à l'échelle internationale, aussi bien dans le monde de la recherche (Mossello et Boncinelli 2006) que parmi les praticiens (Malloy *et al.* 1997 ; Shulman *et al.* 2006 ; De Lepeleire *et al.* 2008 ; Brijnath 2011). Par exemple, lors des consultations gériatriques, quelle que soit la situation du patient, les médecins le font systématiquement passer et les acteurs engagés dans l'évaluation (médecins, patients et proches) peuvent mobiliser son score pour « objectiver » l'état cognitif de la personne âgée (Brossard 2013). Le MMSE joue comme un premier aperçu de l'état du patient, ensuite nuancé par d'autres tests. Pour les médecins généralistes, il est un outil d'orientation des personnes âgées vers un suivi plus spécialisé.

Robert Barrett note dans le domaine psychiatrique – mais cette remarque vaut pour la médecine dans son ensemble – que l'usage d'évaluations standardisées lors d'entretiens cliniques correspond à l'importation d'un modèle de recherche positiviste dans la pratique médicale, modèle considérant que « les techniques sont standardisées parce que les interprétations personnelles des chercheurs sont considérées comme une altération

Chapitre rédigé par Baptiste BROSSARD.

des résultats » (Barrett 1998, p. 21). En ce sens, l'usage croissant du MMSE en France depuis les années 1980 découle en partie de la nécessité perçue, par la profession médicale et surtout les gériatres, d'« objectiver » – ou plus exactement de « désubjectiviser » – le processus diagnostique des démences, quand bien même, nous le verrons, le MMSE a été initialement créé comme un support à l'interprétation clinique.

Sociologiquement, l'objectivation peut désigner de façon complémentaire le processus par lequel un fait humain est transformé en « élément d'un monde commun » (Berger et Luckmann 2002) et par lequel ce fait est détaché fictivement de son contexte social et historique (Bourdieu 1994). Ainsi le MMSE, comme l'ensemble des tests psychologiques et neurologiques, « transforme » un fait humain (la cognition d'un patient) en élément d'un monde commun (un score comparable à d'autres), occultant son contexte social et historique de production (on suppose alors que ce score est indépendant de la passation du test, de la position sociale du patient, des représentations subjectives des médecins en matière de cognition, etc.). D'après Bourdieu, le fait même de pouvoir envisager que la valeur d'une œuvre d'art ou que les performances scolaires d'un élève ne dépendent pas de leur contexte de production mais existent *en soi* découle de l'histoire spécifique d'un champ (les milieux artistique et scolaire), qui tend à conférer à certaines valeurs un caractère détaché et objectif (le « beau », l'« intelligent »). C'est ce qui nous intéressera ici, mais au sujet de la cognition : *quelles sont les conditions sociales et historiques d'objectivation des performances cognitives ?*

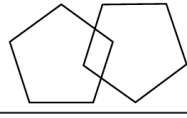
L'étude du MMSE représente, dans le cadre de ce questionnement, un cas d'école. En plus d'être le plus utilisé dans la pratique et la recherche médicale à travers le monde dans le domaine de la démence, il est également le plus critiqué (Tombaugh et McIntyre 1992). C'est par ailleurs le seul qui bénéficie d'une recommandation de la part d'autorités sanitaires telles que la Haute Autorité de santé en France ou encore le *National Institute of Clinical Excellence* au Royaume-Uni.

Je chercherai donc dans ce texte à comprendre comment le MMSE est devenu si populaire. À cette fin, je reviendrai dans un premier temps sur l'histoire de ce test et les raisons de son succès, notamment à partir de l'étude des publications scientifiques qui en font usage depuis sa création en 1975, tout en relatant les débats et controverses qu'il a suscités.

La seconde partie de ce chapitre sera plus analytique. Je tenterai d'y expliquer comment chaque acteur impliqué dans la diffusion du MMSE – créateurs du test, chercheurs en médecine, gériatres, autorités de santé, industries pharmaceutiques – a trouvé un intérêt dans cette diffusion au-delà des lacunes intrinsèques au test.

Screening Tool: The Mini-Mental State Examination (MMSE)

Patient _____ Examiner _____ Date _____

Maximum	*Score*	
5		**Orientation** • What is the (year) (season) (date) (day) (month)?
5		• Where are we (state) (country) (town) (hospital) (floor)?
3		**Registration** • Name 3 objects: 1 second to say each. Then ask the patient all 3 after you have said them. Give 1 point for each correct answer. Then repeat until he/she learns all 3. Count trials and record. Trials _____
5		**Attention and Calculation** • Serial 7's. 1 point for each correct answer. Stop after 5 answers. Alternatively spell "world" backward.
3		**Recall** • Ask for the 3 objects repeated above. Give 1 point for each correct answer.
2		**Language** • Name a pencil and watch.
1		• Repeat the following "No ifs, ands or buts."
3		• Follow a 3-stage command: "Take a paper in your hand, fold it in half and put it on the floor."
1		• Read and obey the following CLOSE YOUR EYES.
1		• Write a sentence.
1		• Copy the design shown. 

_____ **Total Score**

ASSESS level of consciousness along a continuum _____

Alert Drowsy Stupor Coma

Figure 4.1. *Le MMSE-II utilisé par les gériatres français rencontrés lors du travail de terrain (tiré de (Folstein et al. 1975))*

L'idée de ce travail découle d'une enquête par observation de soixante consultations mémoire dans deux hôpitaux publics de la région parisienne. Il s'agit de consultations gériatriques spécialisées dans l'évaluation cognitive des personnes âgées. Conduites généralement par des gériatres, elles accueillent des patients âgés de plus de 60 ou 70 ans

selon les services, souvent recommandés par leurs médecins généralistes. J'y prenais discrètement des notes à côté du gériatre et on me présentait comme un « stagiaire ». Intéressé par la passation systématique du MMSE, j'ai étudié les documents officiels recommandant l'usage de ce test dans le diagnostic des démences (ceux de la Haute Autorité de santé en France et du *National Institute of Clinical Excellence* au Royaume-Uni) ainsi que les publications scientifiques internationales en faisant état. Concernant ces publications, elles sont bien trop nombreuses pour qu'une étude exhaustive en soit possible[1]. J'ai donc procédé à une revue exhaustive des publications issues des huit premières années d'existence du test (124 articles de 1975 à 1988) puis, pour les années suivantes, je me suis focalisé sur certains groupes d'articles selon certains thèmes – par exemple, lorsqu'il sera question des discriminations induites par le test. Afin de mieux comprendre la diffusion du MMSE en France, j'ai également effectué quelques entretiens téléphoniques avec les professionnels, généralement gériatres, ayant contribué à l'élaboration des recommandations de la Haute Autorité de santé : je ne les citerai pas afin de préserver leur anonymat.

4.1. Du succès à la controverse

En 1975, à sa création, rien ne semblait prédisposer le MMSE à un tel succès : en dix ans, il est devenu une référence dans le monde gériatrique pour l'évaluation des démences (Brown et Marsden 1984, p. 1263). L'étude des publications scientifiques qui en font usage à cette époque montre que cette diffusion est simultanément fondée sur un ancrage local – l'université et l'hôpital de Baltimore – et par une utilisation inattendue dans plusieurs secteurs à la pointe de la recherche médicale.

4.1.1. *Création du MMSE*

Selon l'histoire officielle (Folstein et Folstein 2010 ; Anon 2011), Marshal Folstein, psychiatre à l'hôpital John Hopkins de Baltimore, et sa femme, Susan Folstein, interne en psychiatrie au même endroit, cherchaient au début des années 1970 un moyen rapide pour évaluer l'état cognitif des patients âgés en psychiatrie. Ils mirent au point quelques questions basées sur les principales fonctions cognitives (orientation, apprentissage, attention et calcul, mémoire à court terme, langage, praxies constructives) et attribuèrent à chacune de ces questions des scores, pour aboutir à un indicateur chiffré permettant de comparer les patients et surtout de mesurer l'évolution de chacun d'eux dans le temps. Avec l'aide de Paul McHugh, directeur du département de psychiatrie de l'université de Baltimore, ils firent passer le test à 206 patients souffrant de divers troubles psy-

1. Le 18 décembre 2015, Google Scholar recensait 197 000 publications comportant l'item « Mini-Mental State Examination ».

chiatriques et à un groupe témoin, en vue d'estimer sa validité. Ils publièrent les résultats de leur étude en 1975 dans les colonnes du *Journal of Psychiatric Research*.

Leur article souligne l'avantage pratique du MMSE : les auteurs constatent que malgré la nécessité clinique d'évaluer l'état cognitif des patients psychiatriques, notamment âgés, tous les tests existants demandent au minimum trente minutes de passation – à l'appui de leur propos le cas des *Clinical Tests of the Sensorium* proposés par Withers et Hinton (1971). Autant dire que ce temps ne peut être envisagé avec un public présentant des difficultés à maintenir son attention. À la même époque, des tests plus cours existent, mais ils sont bien plus incomplets. Ainsi le *Set test* proposé par Isaacs et Kennie (1972), qui poursuit le même objectif que le MMSE (une évaluation cognitive globale et rapide des patients), n'explore qu'une seule « fonction cérébrale », qu'on appelle aujourd'hui la fluence verbale, évaluée *via* la capacité à citer le plus de mots possible à partir d'un thème donné. Voici pourquoi la première version du MMSE ne contient que onze questions, chacune étant censée explorer une dimension différente du fonctionnement cognitif, et pourquoi sa passation dure au maximum dix minutes.

Les auteurs cherchent par ailleurs à attester statistiquement de la validité du test. Ils montrent d'abord que les résultats au MMSE coïncident avec les diagnostics psychiatriques : « Le score moyen pour les patients atteints de démence était de 9,7, de 19,0 pour la dépression avec déficience cognitive, et de 25,1 pour un simple trouble affectif […]. Le score moyen était de 27,6 pour les normaux. » (Folstein *et al.* 1975, p. 192). Puis ils notent que la passation régulière du MMSE permet de rendre fidèlement compte de l'évolution cognitive des patients, et que ses résultats ne varient pas selon les examinateurs chargés de la passation. Les auteurs prouvent enfin que les résultats du test sont statistiquement corrélés avec ceux du *Wechsler Adult Intelligence Scale* (dit WAIS), usuellement utilisé dans la mesure du quotient intellectuel des adultes[2]. Cette étape argumentative, qui ne représente qu'un seul paragraphe de l'article, est néanmoins mise en exergue dans la conclusion et dans le résumé : constater qu'un si petit test obtient des résultats presque similaires à une référence en la matière est encourageant, d'autant plus dans le monde psychiatrique et gériatrique de l'époque où l'évaluation d'un test se construit souvent à partir de la corrélation de ses résultats avec les diagnostics effectués en consultation.

4.1.2. *Une promotion locale*

Comment se déroule la diffusion du MMSE ? Une partie de son succès dans les publications scientifiques provient de sa promotion « locale » *via* les articles de ses

2. L'usage veut qu'en psychométrie on prouve, entre autres, la validité d'un test par la corrélation de ses résultats avec ceux d'un test de référence antérieur, un *Gold Standard*.

créateurs et ceux de leurs collègues et étudiants à Baltimore. Ces articles ne représentent pas moins de 25 % des publications parues entre 1975 et 1983[3]. Marshall Folstein apparaît comme co-auteur dans plusieurs publications qui font usage du MMSE (12 sur 124), par exemple pour décrire la psychopathologie sur le plan cognitif des patients souffrant de lésions vasculaires cérébrales (Folstein *et al.* 1977), et à l'occasion d'autres articles qui promeuvent spécifiquement l'utilité du test dans la pratique clinique et le présentent comme l'outil le plus simple et efficace à mobiliser dans le diagnostic des démences (Rabins et Folstein 1982). Certains chercheurs de Baltimore lui emboîtent le pas et utilisent systématiquement le test dans leurs recherches. Les objets d'étude appréhendés avec le MMSE se multiplient donc, de l'évaluation cognitive des « patients neurologiques » (DePaulo *et al.* 1980 – Folstein fait partie des auteurs secondaires) à la santé mentale des personnes âgées (Kramer *et al*. 1985), en passant par les difficultés cognitives associées aux troubles de l'humeur parmi des patients souffrant de lésions cérébrales (Robinson *et al.* 1984).

Un article, auquel Marshall Folstein a contribué, est crucial dans la diffusion du MMSE (Anthony *et al.* 1982). Il fournit des données permettant d'accroître la légitimité du test : y sont calculées sa spécificité (87 %) et sa sensibilité (82 %)[4] dans la détection des démences parmi des patients âgés, hospitalisés, avec un score seuil de 23/24. S'il sera par la suite montré que la spécificité et la sensibilité du MMSE sont égales à celles d'autres tests et restent insuffisantes (Nelson *et al.* 1986), voire que d'autres échelles produisent de meilleurs résultats (Petersen *et al.* 2001), au moment de cette publication, le MMSE semble être le seul test de son genre (court, adapté aux patients psychiatriques et/ou âgés, etc.) à disposer de mesures statistiques solides, donc pouvant être reprises dans d'autres recherches fondées sur un raisonnement statistique. Les scores de l'article de 1982 sont encore mobilisés aujourd'hui pour justifier l'usage du MMSE (par exemple par (Rosselli *et al.* 2006) ou (Matthews *et al.* 2012)). Google Scholar recense 1 025 citations de cet article, dont 147 depuis 2010, ce qui révèle l'actualité de son utilisation.

4.1.3. *Une carrière inattendue*

Marshall Folstein rappelle dans ses publications les limites du MMSE, en soulignant qu'il s'agit d'un simple outil descriptif parmi d'autres dans le travail du clinicien. Celui-ci est en effet utilisé en tant qu'*aide à la description clinique,* comme en font état Kaplan et Phull (1981) qui le mobilisent pour confronter leurs impressions subjectives sur leurs

3. Sachant que les institutions des auteurs de 6 articles n'ont pas pu être identifiées.
4. En statistique et en épidémiologie, la sensibilité d'un test ou d'un examen diagnostique est sa capacité à donner un résultat positif lorsque la maladie est présente. Elle s'oppose à la spécificité, qui est la capacité d'un test ou d'un examen à donner un résultat négatif lorsque la maladie n'est pas présente.

patients psychiatriques avec un indicateur chiffré. Cette utilisation se développe en fait modérément dans la littérature scientifique (31 % des publications entre 1975 et 1983). Mais elle évolue à partir des années 1984-1985 lorsque certains auteurs remarquent les qualités particulières du MMSE pour estimer le stade d'avancement de diverses démences (Yesavage 1982 ; Chui *et al.* 1985 ; Larsons *et al.* 1985). De plus en plus de chercheurs recommandent alors de l'intégrer systématiquement au travail diagnostique (McKhann *et al.* – dont Folstein – 1984, p. 940). L'usage descriptif devient usage pré-diagnostique.

Parallèlement, le test joue en tant qu'*un indicateur de l'état cognitif des sujets lors d'enquêtes quantitatives*. Par exemple, Mayeux et son équipe (1981) explorent la corrélation entre l'état dépressif des malades de Parkinson et le déclin des capacités cognitives mesurées par le MMSE. Déjà entre 1975 et 1983, il s'agit de l'usage majoritaire (59 %). Certains chercheurs y recourent de façon inattendue pour constituer un échantillon de sujets « normaux ». Ainsi Lopez *et al.* (1980), souhaitant étudier des personnes âgées « normales », font passer le MMSE à un échantillon aléatoire de sujets et sélectionnent ceux qui ont les meilleurs scores en guise de « normaux ». Goodin *et al.* (1978, p. 447-448) expliquent pourquoi ils ont fait ce même choix : dans leur recherche traitant de l'audition des « sujets normaux », ils retenaient d'abord des individus ayant un travail ou suivant une scolarité. Mais l'application de ce critère aux retraités n'est pas possible. Ils leur ont donc fait passer le MMSE, et seuls ceux qui ont obtenus 29/30 ou 30/30 ont été conservés dans l'échantillon. Ainsi, parmi les 59 % de publications mobilisant le test à des fins statistiques entre 1975 et 1983, 12 % en font une telle utilisation en vue d'isoler des « sujets normaux ».

Dès le début des années 1980, des chercheurs en biomédecine et en imagerie médicale s'approprient par ailleurs le MMSE. Cette inscription est permise par l'article de 1982 (Folstein *et al.* 1982) calculant la spécificité et la sensibilité du test, le rendant valide selon les critères de ces champs de recherche. Du côté de la biologie, le MMSE mesure l'état cognitif de sujets en relation avec la présence de certaines substances dans le corps. Par exemple, Cohen et Eisdorfer (1980) avancent que la maladie d'Alzheimer, en progressant, est associée à une diminution du taux d'immunoglobulines G (IgG) dans le sang. Cette association est éprouvée par la corrélation du score obtenu au MMSE et la concentration sérique d'IgG. Le MMSE prend une consistance nouvelle suite à ce nouveau contexte. Cette ligne de recherche est présente dans 12 % des articles recensés entre 1975 et 1983.

Sur cette période, 10 % des articles mettent en relation le score au MMSE avec des résultats d'imagerie médicale, mais il se produit en outre un retournement argumentatif. Prenons un exemple. En 1979, Tsai et Tsuang comparent les résultats au MMSE de certains patients avec ceux de leurs scanners cérébraux (tomographie axiale calculée par

ordinateur) (Tsai et Tsuang 1979)[5]. Sûrs de la précision des scanners, ils discutent les résultats du test. Six ans plus tard, Drayer *et al.* (1985) comparent également les résultats de scanners (imagerie par résonnance magnétique) et les scores au MMSE parmi des personnes malades d'Alzheimer et d'autres « saines ». Ces auteurs défendent alors l'utilisation des IRM pour détecter la maladie d'Alzheimer, et la corrélation des résultats de cette technologie avec ceux du MMSE *valide* l'argument. En 1979, on évalue la validité du test avec les scanners, en 1985, c'est l'inverse.

Sur une période d'à peine dix ans, le MMSE se diffuse quantitativement et qualitativement. Initialement prévu pour appuyer la pratique clinique, il devient un outil de recherche faisant office de référence, dont le score est corrélé avec l'observation de phénomènes biomédicaux (exemple de l'IgG) et avec les résultats des techniques d'imagerie médicale alors en plein développement. Certains chercheurs vont jusqu'à recommander aux médecins de se référer au MMSE plus qu'à leur appréciation clinique (Mant *et al.* 1988).

4.1.4. *La fin du MMSE ?*

Cependant, dès le milieu des années 1980, des études montrent que les résultats du MMSE varient grandement selon le niveau d'éducation, le genre et l'appartenance ethnique des patients. Si des soupçons planent en ce sens dès 1982 (Anthony *et al.* – dont Folstein – 1982), et bien que les auteurs du test rappellent alors que le MMSE doit d'abord être utilisé comme un modeste outil clinique, les publications sur le sujet se multiplient jusqu'à ce que cette question devienne un thème central de la littérature à la fin des années 1980.

Cavanaugh et Wettstein, en 1983, se rendent compte que le milieu socio-éducatif et la « race » influencent largement le score au test (Cavanaugh et Wettstein 1983). Un an plus tard, Holzer *et al.* (1984) abondent dans leur sens. Aux États-Unis, on réalise notamment que l'usage du MMSE conduit les migrants latino-américains à se voir plus souvent suspectés de souffrir de troubles cognitifs que les autres catégories « ethniques » (Escobar *et al.* 1986). La majorité des études prouvent toutefois que l'« ethnie » n'a pas de significativité statistique, la variable cachée étant le niveau d'éducation (Murden *et al.* 1991). En 1993, une équipe de Baltimore (dont Folstein) confirme cette variation selon le niveau d'éducation. Conduite auprès de 18 000 adultes, cette enquête conclut à un score moyen de 29/30 pour les personnes ayant suivi au moins 9 ans de scolarité, 26 pour

5. Ces technologies, mises au point au début des années 1970, jouissent alors d'un grand engouement dans le milieu de la recherche, comme en témoigne l'attribution en 1979 du prix Nobel de physiologie et de médecine à deux de leurs « inventeurs », Godfrey N. Hounsfield et Allan M.L. Cormack.

5 à 8 ans de scolarité, et 22 pour 0 à 4 ans de scolarité (Crum *et al*. 1993). Or, une déficience était jusque-là considérée en deçà de 27. On découvre que l'un des outils psychométriques les plus utilisés depuis des années a orienté les praticiens vers un sur-diagnostic potentiel des minorités ethniques (par le biais du niveau d'éducation) et faussé les études de nombreux chercheurs en induisant un biais de sélection sociale.

Quelques recherches abordent également la question du genre, mais plutôt vers la fin des années 1990. Les résultats restent contradictoires : Tombaugh *et al.* (1996) montrent que les femmes âgées canadiennes ont de meilleurs scores que les hommes. Une partie des auteurs ne trouve pas de différences (Blesa *et al.* 2001). D'autres prétendent que les femmes et les hommes sont inégaux selon les épreuves, les premières obtenant de meilleurs résultats au *backwards spelling*[6], les seconds au *serial sevens*[7] (Jones et Gallo 2002). Les études croisant plusieurs variables sont désormais répandues, comme celle de l'équipe de Rosselli (2000) qui montre qu'à mesure que le niveau d'éducation décroît, les inégalités de genre s'accroissent, et celle de Matthews *et al.* (2012) qui montre que les inégalités de genre se creusent avec l'âge.

Le score au MMSE devient ainsi l'objet de suspicions dans un univers de recherche où les évaluations doivent en théorie échapper aux « biais » sociaux. On pourrait imaginer que ces critiques aient été fatales à la diffusion du test. Il n'en est rien. En 1992, Tombaugh et McIntyre font le point : ces découvertes n'ont pas affaibli la reconnaissance du MMSE dans la communauté scientifique et médicale. Si on se fie aux publications, mais nous verrons plus loin que d'autres explications existent, certains chercheurs/utilisateurs du test ont veillé à préserver sa crédibilité par deux moyens. Le premier a été d'ajuster à la baisse le score du MMSE lorsqu'il est question d'établir un affaiblissement cognitif. Basé sur des données statistiques, Murden et son équipe (1991) font partie de ceux qui prônent un abaissement global des seuils de 27 à 17 pour les personnes peu instruites : cela permettrait d'optimiser la sensibilité et la spécificité du test pour chaque groupe. D'autres auteurs suggèrent d'ajuster le score nécessaire pour être considéré « normal » selon des variables sociales, Mungas *et al.* (1996) selon l'origine ethnique et le niveau d'éducation, Blesa *et al.* (2001) selon l'âge et le diplôme obtenu.

Un second moyen consiste à supprimer ou modifier les épreuves qui génèrent le plus de « biais » sociaux – plusieurs auteurs écrivent en effet que seuls certains items produisent des discriminations de ce type (Murden *et al.* 1991 ; Jones et Gallo 2002). Il s'agit surtout de deux épreuves, interchangeables au cours du test, le *backwards spelling* et le *serial sevens*. Cette dernière est supposée moins facile et plus discriminante

6. Épreuve consistant à épeler un mot à l'envers.
7. Épreuve consistant à effectuer des soustractions successives à partir de 100 (100 – 7 = 93 ; 93 – 7 = 86 ; etc.).

(Galasko *et al.* 1990 ; Rosselli *et al.* 2006). Toutefois, on l'a vu, les femmes font plus d'erreurs lors du *serial sevens* et les hommes lors du *backwards spelling* : la difficulté reste de ne pas substituer aux inégalités d'éducation des inégalités de genre (Jones et Gallo 2002). Ostrosky-Solis et son équipe (2000) évoquent quant à eux les « biais culturels », défendant l'idée par exemple que les personnes d'origine latino-américaine ayant longtemps vécu dans des climats tropicaux ou subtropicaux sont défavorisées lorsqu'il est demandé aux sujets lors du test de dire quelle est la saison de l'année.

4.2. Un capital de convertibilité

Cette rapide reconstitution de la diffusion du MMSE dans le monde de la recherche, et par extension dans le monde médical et hospitalier, conduit à une interrogation : pourquoi un test si décrié reste-t-il si hégémonique ? Au niveau international, par exemple, de nombreuses recommandations publiées par des autorités de santé (NICE en Angleterre, HAS en France, FDA aux États-Unis, etc.) au cours des années 2000 préconisent le MMSE dans le diagnostic des démences. Cette forme d'« immunité » de certains tests aux critiques n'est pas sans rappeler le cas de l'échelle de Hamilton étudiée par Briffault et Martin (2011), ou plus largement la « flexibilité » des instruments développés dans le monde scientifique, y compris lorsque leur faillibilité est patente ou, à tout le moins, discutée (Le Moigne et Ragouet 2012). Je propose ainsi d'expliquer le succès du MMSE par son *capital de convertibilité*. Autrement dit, ses propriétés (un temps court de passation, une évaluation globale et chiffrée de l'ensemble des capacités cognitives, etc.) ont pu être converties en avantages par et pour l'ensemble des acteurs jouant un rôle dans sa diffusion : chercheurs, gériatres, autorités de santé, auteurs de l'article initial, etc. Je présenterai plusieurs hypothèses pour chacun de ces acteurs.

4.2.1. *La pratique de la recherche médicale*

Dans le cadre des recherches médicales, le *capital de convertibilité* du MMSE réside dans la convergence de ses propriétés avec le travail pratique des chercheurs. Reprenons un à un les arguments de la publication initiale (Folstein *et al*. 1975) :

1. *un gain de temps*. Produire un test de dix minutes devait faciliter l'évaluation cognitive des patients incapables de rester concentrés longtemps. Cette propriété profite aux chercheurs qui le font passer lors d'études portant sur de grands échantillons de personnes. Le gain de temps devient gain d'argent, par le biais du temps de travail rémunéré ainsi économisé ;

2. *une évaluation des principales fonctions cognitives.* Le recoupement de ces fonctions en une seule évaluation découlait de la volonté d'objectiver rapidement une

impression clinique globale au sujet d'un patient. Lors de recherches basées sur une méthode de démonstration statistique et sur la synthèse des résultats, disposer d'*un seul* score pour représenter toutes les fonctions cognitives permet des traitements statistiques plus significatifs. Par exemple, la corrélation de l'état cognitif (score global au MMSE) des sujets avec d'autres variables (exogènes) peut être calculée directement, et présentée en guise de conclusion : « l'état cognitif des sujets varie selon la variable d'intérêt étudiée par le chercheur » ;

3. *une quantification simple.* Le score au MMSE a été pensé comme un chiffre simple (un score sur 30) afin de permettre la comparaison des états successifs d'un patient. Cette propriété conforte le point précédent ;

4. *la corrélation avec d'autres évaluations* (WAIS et diagnostics psychiatriques) visait à montrer que malgré son aspect rudimentaire, le MMSE était néanmoins fiable dans le cadre de la pratique clinique. Cela a produit une légitimité également efficace pour les recherches médicales ;

5. *l'aspect pratique.* Les créateurs du test précisent fréquemment que celui-ci reste un simple outil facilitant la pratique psychiatrique et gériatrique, sans plus de prétention. Paradoxalement, cet argument a servi de défense lorsque le MMSE s'est vu accusé d'être discriminant à l'égard de certains profils sociaux : il ne reste qu'un outil parmi d'autres pour le travail clinique.

Lors d'une conférence intitulée « Ageing : Moving Beyond Boundaries », tenue à l'université de Lancaster en septembre 2012 et regroupant de nombreux chercheurs et doctorants de diverses disciplines (sciences sociales, psychologie, biologie, génétique, neurosciences), j'ai interrogé ces derniers sur leur usage du MMSE. Ces entretiens informels renforcent les arguments précédents, mais en font apparaître un nouveau : si la dizaine de doctorants interrogés mettaient rapidement en avant les limites du test, ils avançaient néanmoins que le MMSE est reconnu internationalement. Son utilisation autorise donc des comparaisons de leur travaux avec d'autres recherches, et reste bien plus sûre pour un jeune chercheur qui a d'autres préoccupations que d'écrire de longues justifications sur le recours à un test plutôt qu'un autre – au cas où il entendrait utiliser une échelle alternative au MMSE.

Ainsi, s'il a été produit pour d'autres raisons, le MMSE permet désormais, dans la pratique de la recherche, d'économiser du temps, de l'argent, de faciliter les traitements statistiques. Toutefois, ces propriétés pourraient être recensées au sujet d'autres tests. Ce qui distingue ici le MMSE, c'est que sa notoriété fait consensus. Elle permet alors aux chercheurs les moins légitimes de se socialiser à un milieu professionnel par l'utilisation d'un outil légitime et par là, légitimant.

4.2.2. *La pratique des consultations gériatriques*

« Rudimentaire » : à n'en pas douter, c'est le mot que j'ai le plus entendu quand j'ai demandé aux gériatres rencontrés en France ce qu'ils pensaient du MMSE. Tous le font passer systématiquement, mais tous le trouvent « rudimentaire ». De fait, dans le milieu gériatrique, la diffusion du test est massive et mondiale. Il s'agit selon plusieurs études de l'outil psychométrique le plus utilisé par les gériatres canadiens (Shulman *et al.* 2006) et étasuniens (Malloy *et al.* 1997), l'un des plus utilisés par les gériatres indiens (Brijnath 2011) et européens (De Lepeleire *et al.* 2008). Avant même que les autorités sanitaires de plusieurs pays ne recommandent plus ou moins strictement le MMSE, ce dernier était déjà largement utilisé aux États-Unis (Brown et Marsden 1984) ou en France (Derouesne *et al.* 1999). Les médecins rencontrés dans le cadre de mon enquête font généralement remonter son usage aux années 1980 en France.

Il faut tout d'abord replacer cette diffusion dans le contexte de la France des années 1980, c'est-à-dire dans ces années où, après un siècle de quasi-indifférence de la profession médicale face aux enjeux relatifs à la vieillesse (Feller 2005, p. 75-143), émerge la profession de gériatre. Ainsi, les diplômes de capacité de gérontologie et le diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie ont été créés par l'arrêté ministériel du 29 avril 1988. Mais la gériatrie reste perçue au sein du milieu médical comme une spécialité peu technique, donc peu valorisée (Sainsaulieu 2006), et les gériatres cherchent à se légitimer – encore actuellement – par le développement de compétences techniques spécifiques pour le diagnostic des démences neurodégénératives (Ngatcha-Ribert 2007) et la standardisation de leurs outils (Bénétos 2010). Dans ce contexte, le MMSE, dont la reconnaissance s'accentue avec l'article de 1982 (Anthony *et al.* 1982), tombe à pic : il est l'un de ces outils qui ont le potentiel de valoriser la consultation avec des personnes âgées, en important dans la pratique clinique les modèles et la légitimité scientifique des recherches médicales.

En plus de cette convergence temporelle, l'étude qualitative du déroulement des consultations mémoire apporte un autre éclairage. Ces consultations débutent par une discussion d'une quinzaine de minutes avec le patient (parfois accompagné d'un proche) au sujet de ses antécédents médicaux, de ses symptômes et de sa situation domestique. Au cours de cette discussion, les médecins ponctuent certaines affirmations des patients par des « on verra ça avec les tests ». Puis vient le moment où cette phrase est dite « pour de vrai » et sur un ton plus solennel : « bon, on va voir tout ça avec les tests », ou « alors, on va vérifier ça en faisant quelques tests ». « Tout ça » ou « ça » signifient « ce qui vient d'être dit ». « Bon » ou « alors » signalent un changement. « Voir » ou « vérifier » impliquent que désormais, l'interaction sera plus « sérieuse ». Le médecin sort les feuilles des tests.

Cette rupture dans l'interaction correspond à ce que Goffman (1991, p. 52) nomme une modalisation : « Un ensemble de conventions par lequel une activité donnée, déjà pourvue d'un sens par l'application d'un cadre primaire (ici, la consultation), se transforme en une autre activité qui prend la première pour modèle mais que les participants considèrent comme sensiblement différente. » Goffman appelle « conventions de transcription » les comportements qui marquent la différence entre cadre primaire et cadre modalisé. Dans notre cas, quelles sont ces conventions ? D'une part, la conversation devient scénarisée selon une trame formalisée par le test, c'est-à-dire qu'elle apparaît comme ne relevant plus seulement de l'initiative du médecin sur le moment, mais d'une succession d'étapes établies au préalable. D'autre part, si le médecin pouvait déjà émettre un avis sur les propos du patient – lui recommandant par exemple de faire plus d'exercice –, on assiste au *chiffrage* ou à la *binarisation* [vrai/faux] de ces jugements.

Reste à comprendre pourquoi le MMSE conviendrait mieux qu'un autre test à la modalisation des interactions. En effet, ce test est pratiqué dans tous les cas, tandis que la passation des autres échelles s'applique aux particularités symptomatologiques des patients. L'enjeu réside en fait dans les propriétés du MMSE, qui aboutit à un score unique synthétisant l'ensemble des capacités cognitives d'un patient. C'est précisément parce qu'il est « rudimentaire » qu'il sert aux médecins à gérer la suite de l'interaction, notamment pour l'annonce d'un diagnostic. Lorsque ce diagnostic est consensuel, le médecin peut à ce moment se référer vaguement aux tests (« on le voit bien avec les tests »). Cependant, le MMSE est surtout très aisément mobilisable lorsque les patients ou les accompagnants entrent en désaccord avec le diagnostic. Invoquer un chiffre rappelle très efficacement que ce n'est pas le praticien qui donne un avis subjectif, mais ses techniques qui « montrent » ce qu'il dit (« ce n'est pas moi qui le dit, M. Pierre, c'est les tests, on voit bien qu'il y a quelque chose qui imprime pas »). Le MMSE est utile par ailleurs dans la mesure où il synthétise un état cognitif en un score (« vous avez eu 20 sur 30, et ça, ça me montre que vous avez probablement une démence vasculaire ») et où ses épreuves sont relativement simples. Un médecin, montrant la feuille du MMSE, déclare ainsi : « Vous n'avez pas réussi à retenir trois mots, c'est bien qu'il y a un problème non ? »

Cet aspect pratique, croisé avec la notoriété acquise par le MMSE dans la communauté scientifique, explique également pourquoi ce test est devenu un moyen de communication incontournable entre médecins. Lorsque ces derniers se recommandent mutuellement leurs patients, ils rédigent une lettre sur laquelle figurent le nom, l'âge et les symptômes du malade, suivis de son résultat au MMSE. Très rapidement, le praticien obtient ainsi un premier aperçu du patient, à la manière de cette gériatre avant le début d'une consultation – « alors celle-là, elle a un MMSE à 13 (très faible) […], elle doit même pas savoir où elle est ». Les médecins rencontrés dans le cadre de mon enquête

s'accordent à dire que ce score est devenu une convention dans la communication entre professionnels et qu'un confrère qui cesserait de l'utiliser passerait pour négligeant dans son travail, ou du moins, marginal.

Une dernière caractéristique déterminante du MMSE pour la pratique gériatrique est son temps de passation très court : dix minutes au maximum. Si cette durée a initialement été prévue pour permettre l'évaluation de patients présentant des difficultés à se concentrer, cette propriété concourt surtout à l'organisation du travail hospitalier. Les gériatres n'ont pas le temps de faire passer des tests plus longs aux patients. Leurs consultations doivent se limiter à environ quarante minutes. Ils se restreignent par conséquent aux tests les plus simples, et lorsque ceux-ci ne paraissent pas suffisants, ils renvoient leurs patients vers un neuropsychologue pour un bilan cognitif complet qui dure jusqu'à deux heures. Une telle « sous-traitance psychométrique » est moins coûteuse sur le plan de l'organisation hospitalière, car les professionnels les moins rémunérés s'occupent des services les plus longs. Aussi, cette organisation correspond-elle probablement aux attentes des médecins, leur recours aux tests étant une condition de leur légitimité (par le caractère standardisé et impersonnel des résultats), tout en considérant que la passation de ces tests est considérée comme un travail peu gratifiant (par le caractère standardisé et impersonnel de la production de ces résultats).

4.2.3. *La pratique de l'*Evidence-Based Medicine

Depuis les années 2000, un nouveau type d'acteur a contribué à la diffusion du test : les autorités gouvernementales de santé, qui recommandent généralement l'usage du MMSE dans le diagnostic des démences, l'usage des autres tests (pourtant plus approfondis) étant laissé à l'appréciation des praticiens. Je prendrai le cas de la France, tout en effectuant quelques brèves comparaisons avec l'Angleterre, afin de proposer des éléments explicatifs de cette situation.

En février 2000, l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) publie les *Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer* (ANAES 2000). Pour la France, ce sont les premières recommandations officielles rédigées par des experts à l'attention des médecins dans le diagnostic de cette maladie. Il y est précisé à deux reprises que le MMSE « ne peut en aucun cas être utilisé comme seul test diagnostique d'une maladie d'Alzheimer », étant donné ses variations selon le milieu socioculturel des patients et ses faiblesses intrinsèques (ANAES 2000, p. 13 et 23). Ce test est toutefois le seul à faire l'objet d'une recommandation, dont le statut est précisé entre parenthèses : « il n'y pas d'accord professionnel concernant les autres tests neuropsychologiques à effectuer dans le cadre d'une évaluation des fonctions cognitives d'un patient suspect de maladie d'Alzheimer » (ANAES 2000, p. 23). Cette optique perdure jusqu'à nos jours, puisque les deux recommandations de la Haute

Autorité de santé (qui succède à l'ANAES), en 2008 et en 2011, tiennent à quelques mots près la même position[8]. La lecture de ces recommandations et des documents auxquels celles-ci se réfèrent, ainsi que les entretiens menés avec différents membres des groupes d'experts, conduisent à identifier trois raisons principales à cette promotion du MMSE.

La première renvoie à la méthode de travail des groupes d'experts, qui, pour résumer, se compose de quatre étapes[9]. Premièrement, un « groupe de travail » composé essentiellement de professionnels spécialisés (de quinze à vingt personnes) recense tous les travaux francophones et anglophones relatifs au sujet traité et établit un état des lieux des connaissances en la matière. Deuxièmement, il rédige un projet provisoire de recommandations. Troisièmement, il envoie ce projet à un « groupe de lecture » constitué de 30 à 50 personnes. Les groupes de travail et de lecture sont, selon les sujets traités, pluri-professionnels et peuvent comporter des représentants de patients et des familles. Leur travail est assisté par les personnels de la HAS. Quatrièmement, à la lumière des retours du groupe de lecture, le groupe de travail rédige un rapport final.

Au fil de ces étapes, le degré de consensus face à chaque élément de connaissance recensé dans la littérature connue détermine le type de recommandations qui sera donné. Pour le dire vite, certaines connaissances sont « prouvées » lorsqu'il existe suffisamment de publications montrant par exemple la validité d'un outil testé sur plusieurs échantillons de population, lorsque ces publications sont considérées valides méthodologiquement, lorsque leurs résultats convergent globalement, etc. Le niveau de preuve est faible ou insuffisant lorsque les publications existantes ne fournissent pas suffisamment de données – par exemple lorsqu'elles ne portent que sur des cas témoins, ou lorsque des biais méthodologiques importants sont relevés. Enfin, une troisième catégorie concerne les recommandations dont les preuves sont discutables scientifiquement mais suscitent un « accord professionnel ». Autrement dit, dans ce cas, les experts émettent tout de même ce type de recommandations au regard de leur expérience clinique.

Cette méthode s'applique aux tests recommandés dans le diagnostic des démences. Pour retenir une « preuve » ou produire un « accord professionnel », il faut tout d'abord que beaucoup de publications en fassent état. Ce critère n'est pas formalisé comme tel,

8. Par exemple, le document de 2011 mentionne qu'« il est recommandé d'effectuer une évaluation globale de manière standardisée à l'aide du Mini-Mental State Examination » parmi d'autres méthodes (HAS 2011, p. 9-10), et qu'« il n'y a pas d'accord professionnel concernant le choix des autres tests de repérage à effectuer dans le cadre d'une évaluation des fonctions cognitives » (HAS 2011, p. 10). Il souligne par ailleurs que « l'arrêt des traitements [médicamenteux] ne doit pas reposer sur les seuls critères de score au MMSE, d'âge ou d'entrée en institution » (HAS 2011, p. 17).
9. Pour plus de précisions sur le sujet, voir (HAS 2010).

mais joue indirectement un grand rôle puisque si un test n'a pas fait l'objet de beaucoup d'études, sa validité est de fait plus incertaine puisqu'on ne peut pas comparer la variabilité de ses résultats selon les échantillons sélectionnés, ou encore éprouver les biais méthodologiques de chaque étude. Ce processus a été relevé par les enquêtés ayant participé aux groupes de travail de la HAS. L'un des participants aux recommandations de 2008 et de 2011 relate par exemple qu'un débat a eu lieu concernant le test des cinq mots de Bruno Dubois *et al.* (2002), un possible « concurrent » du MMSE. Ce test n'avait fait l'objet que de très peu de publications (bien que principalement favorables), contrairement aux tests initiés aux États-Unis. Alors que tous les tests disponibles comportent des biais importants, le MMSE est relativement plus « recommandable » parce plusieurs centaines de publications permettent d'appréhender ses avantages et ses faiblesses, légitimité numérique relativement suffisante pour qu'un « accord professionnel » soit possible à son sujet ; autrement dit, pour que la quantité des articles fasse office de gage de qualité clinique et scientifique.

La deuxième raison qui peut expliquer le succès du MMSE concerne la traduction. Un grand nombre de tests anglophones existait également à cette époque : pourquoi choisir celui-ci ? Nous avons vu que le MMSE était utilisé dès les années 1980 en France. Les médecins l'avaient souvent traduit par eux-mêmes. À ces traductions « sauvages » s'ajoutèrent quelques traductions publiées au fil des années 1980 et 1990, notamment au Québec (par exemple Hébert *et al.* 1992). Il se produisit en conséquence une prolifération de versions françaises du MMSE, jusqu'à ce que le GRECO[10], dont les membres sont par ailleurs largement intervenus dans les recommandations de l'ANAES puis de la HAS, publie en 1998 une « version consensuelle » du MMSE en français (GRECO 1998). Cet article vise à standardiser les traductions du MMSE et les manières de le faire passer, en vue d'uniformiser les résultats du test, sans quoi, selon les auteurs, celui-ci perdrait de sa valeur.

Par ailleurs, l'ANAES, pour justifier le consensus établi autour du MMSE, se réfère à une publication (Petit *et al.* 1998)[11] qui s'appuie elle-même sur une déclaration de consensus de l'*American Association for Geriatric Psychiatry*, de l'*Alzheimer Association* et de l'*American Geriatric Society* (Small *et al.* 1997), en vue d'établir des premières recommandations émises à propos du diagnostic des démences aux États-Unis. Le texte américain conseille trois tests : le *Functional Activities Questionnaire,* le *Behavior Problems Checklist* et le MMSE. Ce dernier est le seul qui soit à cette période traduit en français, traduction dont la validité est renforcée par l'uniformisation produite par le

10. Le groupe de réflexion sur les évaluations cognitives est une « société savante qui a pour objet de contribuer aux activités de recherche appliquées à tous les domaines de la neuropsychologie clinique et comportementale » (http://www.site-greco.net).
11. « En France, c'est le MMSE qui est recommandé (12 [référence à la publication]) » (ANAES 2000, p. 22).

GRECO, et en conséquence le seul que prennent en considération Petit et son équipe dans leur article (Petit *et al.* 1998). Donc, au moment où le groupe d'experts sollicité par l'ANAES se met au travail, le MMSE est le seul test qui remplit les conditions induites par les méthodes de l'*Evidence-Based Medicine*, au regard du nombre de publications qui le discutent, et de la traduction standardisée dont il bénéficie grâce au GRECO.

Une dernière raison au succès du test concerne l'influence probable des industries pharmaceutiques dans les négociations survenues à l'occasion des recommandations précédemment évoquées. Celles-ci ont intérêt à s'y impliquer afin de promouvoir les médicaments anti-Alzheimer bien que leur efficacité ne fasse pas consensus à ce jour. L'opacité du système français à cet égard ne permet cependant pas de disposer de données suffisantes. Notons seulement que les recommandations de la HAS de 2008 ont été interdites par le Conseil d'État : les déclarations de conflits d'intérêt de certains experts étaient incomplètes ou fausses, ces derniers ayant omis de préciser leurs liens avec certaines industries pharmaceutiques (Prescrire 2009). Cela suggère qu'un lien existe mais sans, toutefois, qu'il puisse être démontré formellement.

La situation anglaise permettra d'y voir plus clair, car les mêmes laboratoires négocient, cette fois publiquement[12], avec le *National Institute of Clinical Excellence*. Cette institution est l'homologue de la HAS à la différence que, depuis 2005, ses recommandations ont valeur de décision de financement pour le *National Health Service* (NHS), le système de sécurité sociale anglais. Autrement dit, si le NICE préconise un médicament, le NHS doit mettre en place son remboursement (Stevens *et al.* 2011). Les recommandations relatives au diagnostic des démences neurodégénératives sont tout autant conflictuelles en Angleterre, un procès ayant par exemple eu lieu entre le NICE et les laboratoires Esaï-Pfizer : ces derniers, producteurs d'un médicament anti-Alzheimer, souhaitaient remettre en cause les recommandations émises en 2006 par l'organisme public à l'égard de leur produit[13].

Si les détails de ce différend dépassent le cadre de cet article, celui-ci traduit néanmoins un usage particulièrement illustratif du MMSE. D'un côté, les laboratoires soulignent les faiblesses de ce test lorsqu'ils critiquent les recommandations ; des chercheurs défendent d'ailleurs la même position dès les premières recommandations du NICE en 2001 (par exemple Davey et Jamieson 2004 – financés par Esaï, ce qui n'implique pas cependant que cette source de fonds ait eu une influence sur leurs positions). D'un autre côté, l'utilisation du test reste un enjeu dans la mesure où le NICE

12. L'ensemble des documents présentés sont disponibles sur le site de l'institution : www.nice.org.uk.
13. Sur ce point, se reporter au résumé de l'affaire sur le site du NICE : http://www.nice.org.uk/mediacentre/factsheets/alzheimersjudicialreview.jsp.

distingue la sévérité des démences et les médicaments à prescrire selon le score des patients au MMSE. Sur quatre médicaments existants, trois (Donepezil, Rivastigmine et Galantamine) sont d'abord recommandés en cas de démence avec MMSE entre 12 et 20 (NICE 2001). Le rapport de 2005 déconseille ensuite l'usage de ces médicaments[14], avant qu'une mobilisation des laboratoires au cours de *Manufacturers Meeting* n'aboutisse, puis, le rapport de 2006 émet une recommandation optionnelle de ces mêmes médicaments pour un MMSE compris entre 10 et 20 (NICE 2006)[15]. Si ces débats se nouent autour d'arguments scientifiques, chaque partie mobilisant des essais cliniques et discutant leur validité, l'enjeu économique de ces deux points du MMSE (de 12 à 10) ne doit pas être omis, sans quoi on ne pourrait pas comprendre l'investissement considérable des producteurs de médicaments dans ces controverses. Dans ce cadre, le MMSE profite à nouveau de son capital de convertibilité : ses faiblesses le rendent critiquable en cas de conflit d'intérêts (les industries pharmaceutiques les utilisent lors des négociations pour remettre en cause les conclusions du NICE), tandis que sa simplicité d'usage facilite les négociations autour des prescriptions médicamenteuses à envisager, en bornant les discussions aux observations déduites des seuls intervalles du score.

4.2.4. *La pratique du copyright*

Un dernier aspect mérite d'être rapidement évoqué : les droits d'auteurs du MMSE. Théoriquement, dès l'article de 1975, ce test est protégé par l'éditeur du *Journal of Psychiatric Research*, les *Pergamon Press*, rachetées par Elsevier en 1991 (Elsevier 2005). En 2000, les auteurs tentent de renforcer cette protection en transférant le copyright à une entreprise qu'ils fondent, nommée « MiniMental » (Newman et Feldman 2001), puis en 2001, à l'entreprise *Psychological Assessment Resources* (PAR)[16]. L'objectif officiel de cette démarche est de contrôler la prolifération de traductions jugées inexactes dans le monde entier. Depuis, l'utilisation d'un formulaire du MMSE coûte 1,23 dollars, soit un euro, par passation – donc un euro par consultation. Les efforts

14. « Holding statement - NICE consults on first draft guidance on the use of donepezil, rivastigmine, galantamine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease », document consulté sur www.nice.org.uk.

15. Baisser ce seuil semble avoir été revendiqué par l'ensemble des laboratoires lors du *Manufacturer Meeting* du 10 août 2005 (voir le « Heath Technology Appraisal » du 18 août 2005, point n°7), mais également par des groupes professionnels représentant les psychiatres et les gériatres en particulier (« Donepezil, rivastigmine, galantamine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease. Appeal by the Royal College of Psychiatrists and the British Geriatrics Society Decision of the Appeal », art. 2.37). Documents consultés sur www.nice.org.uk.

16. http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=MMSE-2.

des créateurs du MMSE pour défendre leurs droits d'auteurs ont provoqué des remous dans un milieu universitaire habitué au partage des outils (Powsner et Powsner 2005 ; Martin et O'Neill 2009). Cette mesure ne semble d'ailleurs pas appliquée dans la plupart des pays, à en croire les publications médicales. En France, les médecins rencontrés au cours de l'enquête ne savaient pas que le test était payant.

Cette polémique ne servirait pas notre propos sans l'histoire suivante. En 2010, à la *Harvard Medical School*, Tamara Fong et son équipe mettent au point un test ayant la même ambition que le MMSE : produire un aperçu de l'état cognitif d'un patient en peu de temps. Il s'agit du *Sweet 16* (Fong *et al.* 2010), diffusé en licence libre. L'intérêt essentiel de ce test, sur le plan clinique, est que le patient n'est pas obligé de tenir un stylo ou une feuille de papier. Il s'applique donc à un public encore plus large que le MMSE, comprenant les patients alités ou physiquement très faibles. Un coup de force : les premières évaluations montrent que le *Sweet 16* est aussi significatif que le MMSE, sinon davantage, dans l'évaluation des démences. Mais la PAR a immédiatement demandé le retrait de ce test, requête accordée par la justice américaine, au motif que certaines questions du *Sweet 16* ressemblaient à celles du MMSE[17]. En effet, la production d'une évaluation simple conduit à recourir à des épreuves basiques (calculs mentaux, questions sur la date en cours, etc.) qui sont donc fréquemment reprises par ce genre de test minimaliste. Finalement, depuis 2001, il est très difficile de proposer une autre échelle, courte et embrassant l'ensemble des fonctions cognitives. Il y a à ce titre de fortes chances pour que les alternatives au MMSE tombent désormais, comme le *Sweet 16,* sous le coup des lois régissant le copyright.

4.3. Conclusion

Le processus de légitimation du MMSE découle d'une *convergence de sens pratiques*. Chaque acteur impliqué de près ou de loin dans le processus diagnostique des démences trouve un avantage à mobiliser ce test, au-delà des critiques énoncées à son encontre.

La présente recherche conduit à douter de la vision dominante défendue par Mossello et Boncinelli (2006), selon laquelle les qualités intrinsèques du MMSE, à savoir l'équilibre qu'il permet entre un temps court de passation et un aperçu des principales fonctions cognitives des patients, mêlées à sa validité statistique, suffisent à expliquer son succès. Ce ne sont pas ces propriétés en tant que telles mais leur *capital de convertibilité* qui permet de comprendre pourquoi le MMSE fait en définitive consensus parmi l'ensemble des acteurs évoqués. Autrement dit, selon ces acteurs, ce n'est pas le

17. Voir en ligne une note de Tamara Fong relatant le retrait du *Sweet 16*. http://www.hospitalelderlifeprogram.org/private/sweet16disclaimer.php?pageid=01.09.00%29.

meilleur test mais le plus pratique ; d'autant plus qu'au fur et à mesure sa légitimité s'autoalimente, c'est-à-dire qu'elle devient en elle-même un motif légitime pour l'utilisation du test. Cet effet d'inertie est d'ailleurs relevé par Briffaut et Martin au sujet de l'échelle de Hamilton : « tenter une nouvelle approche, c'est prendre le risque de devoir tirer un trait sur 50 ans disponibles » (Briffaut et Martin 2011, p. 83).

De la même manière que les œuvres d'art, dont la « valeur » a été théorisée par Bourdieu (1994), le MMSE s'inscrit à la fois en référence interne à un champ (ses créateurs montrent qu'il « surpasse » le WAIS, tout comme les critiques de Van Gogh affirment qu'il va au-delà de l'impressionnisme), tout en ayant vocation à s'extraire de ce champ (le MMSE doit estimer les fonctions cognitives des individus indépendamment des enjeux internes au monde médical, tout comme l'œuvre de Van Gogh a pour vocation de toucher la sensibilité universelle des humains au-delà du monde des arts). Autrement dit, l'appropriation du MMSE procède d'un subtil dosage entre autoréférence et prétention à l'universalité. Dans le cadre de ce processus, le présent chapitre a ainsi présenté, à travers la question de la convertibilité, l'un des mécanismes à travers lesquels les symptômes cognitifs associés aux démences, sous certaines conditions historiques, ont été socialement transformés en données objectivables.

4.4. Bibliographie

ANAES (2000). *Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer*, ANAES.

Anon, J. (2011). How Dr. Folstein Created the MMSE, *Johns Hopkins Health Alerts.* http://www.johnshopkinshealthalerts.com/.

Anthony, J.C., Leresche, L., Niaz, U., Vonkorff, M.R. and Folstein, M.F. (1982) Limits of the 'mini-mental state' as a screening test for dementia and delirium among hospital patients, *Psychological Medicine*, 12(2), 397–408.

Barrett, R. (2000). *La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie,* Éditions Synthelabo, Le Plessis-Robinson.

Berger, P., Luckmann, T. (1967), *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge,* Penguin, London.

Bénétos, A. (2010), Les grands enjeux de la gériatrie universitaire, *Annales de Gérontologie*, 3(2), 73–75.

Cette bibliographie est identique à celle de l'ouvrage correspondant en anglais publié par ISTE.

Blesa, R., Pujol, M., Aguilar, M., Santacruz P., Bertran-Serra, I., Hernández, G., Sol, J.-M. and Peña-Casanova, J. (2001), Clinical validity of the 'mini-mental state' for Spanish speaking communities, *Neuropsychologia*, 39(11), 1150–1157.

Briffault, X., Martin, O. (2011), Déprimer par les nombres. Le façonnage statistique et psychométrique des dépressions contemporaines, *Sociologie et Sociétés*, 43(2), 67–89.

Brijnath, B. (2011), Use of the MMSE to screen for dementia in Delhi, *Dementia*, 10, 4, 625–635.

Brossard, B. (2013), Jouer sa crédibilité en consultation mémoire. Les personnes âgées face à l'évaluation cognitive, *Sociologie*, 4(1), 1–17.

Brown, R.G., Marsden, C.D. (1984), How common is dementia in Parkinson's disease?, *The Lancet*, 8414(324), 1262–1265.

Bourdieu, P. (1994), Pour une science des œuvres, *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action,* Le Seuil, Paris, 1994, 59–98

Cavanaugh, S., Wettstein, R.M. (1983), The relationship between severity of depression, cognitive dysfunction, and age in medical inpatients, *The American Journal of Psychiatry*, 140(4), 495–496.

Chui, H.C., Teng, E.L., Henderson, V.W. and Moyet, A.C. (1985), Clinical subtypes of dementia of the Alzheimer type, *Neurology*, 35(11), 1544–1550.

Cohen, D., Eisdorfer, C. (1980), Serum immunoglobulins and cognitive status in the elderly, *The British Journal of Psychiatry*, 136(1), 33–39.

Crum, R.M., Anthony, J.C., Bassett, S.S. and Folstein, M.F. (1993), Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level, *Journal of the American Medical Association*, 269, 2386–2391.

Davey, R.J. and Jamieson, S. (2004), The validity of using the mini mental state examination in NICE dementia guidelines, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 75(2), 343–344.

De Lepeleire, J., Degryse, J., Illiffe, S., Mann, E. and Buntinx, F. (2008), Family physicians need easy instruments for frailty, *Age and Ageing*, 37(4), 484–485.

DePaulo, J.R., Folstein, M.F. and Gordon, B. (1980), Psychiatric screening on a neurological ward, *Psychological Medicine*, 10, 125–132.

Derouesné, C., Poitreneau, J., Hugonot, L., Kalafat, M., Dubois, B. and Laurent, B. (1999), Le Mini-Mental State Examination (MMSE): un outil pratique pour l'évaluation cognitive des patients par le clinicien. Version française consensuelle, *La Presse Médicale*, 28(21), 1141–1148.

Drayer, B.P., Heymanm, A., Wilkinson, W., Barrett, L. and Weinberg, T. (1985), Early-onset Alzheimer's disease: An analysis of CT findings, *Annals of Neurology*, 17(4), 407–410.

Dubois, B., Touchon, J., Portet, F., Ousset, P.-J., Vellas, B. and Michel, B. (2002), "Les 5 mots", épreuve simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, *La Presse Médicale*, 31, 1696–1699.

Escobar, J.I., Burnam, A., Karno, M., Forsythe, A., Landsverk, J. and Golding, J.M. (1986), Use of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in a community population of mixed ethnicity: Cultural and linguistic artifacts, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(10), 607–614.

Feller, E. (2005), *Histoire de la vieillesse en France: 1900-1960. Du vieillard au retraité*, Arslan, Paris.

Folstein, M.F. and Folstein, S.E. (2010), Meet the MMSE & MMSE-2 authors, http://parincblog.wordpress.com.

Folstein, M.F., Folstein, S.E. and McHugh, P.R. (1975), "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198.

Folstein, M.F., Maiberger, R. and McHugh, P.R. (1977), Mood disorder as a specific complication of stroke, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 40(10), 1018–1020.

Folstein, M.F., Anthony, J.C., Parhad, I., Duffy, B. and Gruenberg, E.M. (1985), The meaning of cognitive impairment in the elderly, *Journal of the American Geriatrics Society*, 33(4), 228–235.

Fong, T.G., Jones, R.N., Rudolph, J.L., Yang, F.M., Tommet, D., Habtemariam, D., Marcantonio, E.R., Langa, K.M. and Inouye, S.K. (2010), Development and validation of a brief cognitive assessment tool: The sweet 16, *Archives of Internal Medicine*, 171(5), 432–437.

Galasko, D., Klauber, M.R, Hofstetter, C.R., Salmon, D.P., Lasker, B. and Thal, L.J. (1990), The mini-mental state examination in the early diagnosis of Alzheimer's disease, *Archives of Neurology*, 47(1), 49–52.

Goffman, E. (1974), *Frame Analysis,* Harper Colophon Books, New York.

Goodin, D.S., Squires, K.C., Henderson, B.H. and Starr, A. (1978), Age-related variations in evoked potentials to auditory stimuli in normal human subjects, *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 44(4), 447–458.

Greco (2008), *M.M.S.E. – Mini Mental State Examination. Version française soumise à consensus*, Esaï & Pfizer, Paris.

Halton, J. (2005), *A Short History of Elsevier*, Elsevier, Cambridge.

Haute Autorité De Santé (2008), *Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*, HAS, Paris.

Haute Autorité De Santé (2010), *Élaboration de recommandations de bonne pratique. Guide méthodologique*, HAS, Paris.

Haute Autorité De Santé (2011), *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: diagnostic et prise en charge*, HAS, Paris.

Hébert, R., Bravo, G. and Girouard, D. (1992), Validation de l'adaptation française du modified mini-mental state, *La Revue de Gériatrie,* 17(8), 443–450.

Holzer, C.E., Tischler, G.L., Leaf, P.J. and Myers, J.K. (1984), An epidemiologic assessment of cognitive impairment in a community population, *Research in Community and Mental Health*, 4, 3–32.

Isaacs, B., Kennie, T. (1973), The set test as an aid to the detection of dementia in old people, *The British Journal of Psychiatry*, 123(575), 467–470.

Jones, R.N. and Gallo, J.J. (2002), Education and sex differences in the mini-mental state examination effects of differential item functioning, *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(6), 548–558.

Kaplan, K.H. and Phull, B. (1981), Problems in the management of aggressive behavior on a medical ward: A multidisciplinary case conference, *General Hospital Psychiatry*, 3(1), 66–72.

Kramer, M., German, P.S., Anthony, J.C., vonKorff, M. and Skinner, E.A. (1985), Patterns of mental disorders among the elderly residents of eastern Baltimore, *Journal of the American Geriatrics Society*, 33(4), 236–245.

Larson, E.B., Reifler, B.V., Sumi, S.M., Canfield, C.G. and Chinn, N.M. (1985), Diagnostic evaluation of 200 elderly outpatients with suspected dementia, *Journal of Gerontology*, 40(5), 536–543.

Le Moigne, P. and Ragouet, P. (2012), Science as intrumentation: The case for psychiatric rating scales, *Scientometrics*, 93, 329–349.

Lopez, M.A., Hoyer, W.J., Goldstein, A.P., Gershaw, N.J. and Sprafkin, R.P. (1980), Effects of overlearning and incentive on the acquisition and transfer of interpersonal skills with institutionalized elderly, *Journal of Gerontology*, 35(3), 403–408.

Malloy, P.F., Cummings, J.L., Coffey, C.E., Duffy, J., Fink, M., Lauterbach, E.C., Lovell, M., Royall, D. and Salloway, S. (1997), Cognitive screening instruments in neuropsychiatry: A report of the Committee on Research of the American Neuropsychiatric Association, *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 9(2), 189–197.

Mant, A., Eyland, A., Pond, D., Saunders, N. and Chancellor, A. (1988), Recognition of dementia in general practice: Comparison of general practitioners' opinions with assessments using the mini-mental state examination and the blessed dementia rating scale, *Family Practice,* 5(3), 184–188.

Martin, R. and O'Neill, D. (2009), Taxing your memory, *The Lancet*, 373, 9680.

Matthews, F., Marioni, R. and Brayne, C. (2012), Examining the influence of gender, education, social class and birth cohort on MMSE tracking over time: a population-based prospective cohort study, *BMC Geriatrics*, 12(45), 1–5.

Mayeux, R., Stern, Y., Rosen, J. and Leventhal, J. (1981), Depression, intellectual impairment, and Parkinson disease, *Neurology*, 31, 6, 645–650.

McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D. and Stadlan, E.M. (1984), Clinical diagnosis of Alzheimer's disease report of the NINCDS/ ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease, *Neurology*, 34(7), 939–939.

Mossello, E. and Boncinelli, M. (2006), Mini-Mental State Examination: A 30-year story, *Aging Clinical and Experimental Research*, 18(4), 271–273.

Mungas, D.S., Marshall, C., Weldon, M., Haan, M. and Reed B.R. (1996), Age and education correction of Mini-Mental State Examination for English-and Spanish-speaking elderly, *Neurology*, 46(3), 700–706.

Murden, R.A., McRae, T.D., Kaner, S. and Bucknam, M.E. (1991), Mini-Mental State exam scores vary with education in blacks and whites, *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 149–155.

Nelson, A., Fogel, B.S. and Faust, D. (1986), Bedside cognitive screening instruments. A critical assessment, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(2), 73–83.

Newman, J.C. and Feldman, R. (2011), Copyright and open access at the bedside, *New England Journal of Medicine*, 365(26), 2447–2449.

Ngatcha-Ribert, L. (2007), D'un no man's land à une grande cause nationale, *Gérontologie et Société*, 123(4), 229–247.

NICE (2001), Alzheimer's disease (mild to moderate) - donepezil, rivastigmine and galantamine, Guidance report, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), London.

NICE (2006), Donepezil, galantamine, rivastigmine (review) and memantine for the treatment of Alzheimer's disease, Guidance report, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), London.

Ostrosky-Solís, F., López-Arango, G. and Ardila, A. (2000), Sensitivity and specificity of the Mini-Mental State Examination in a Spanish-speaking population, *Applied Neuropsychology*, 7(1), 25–31.

Petersen, R.C., Stevens, J.C., Ganguli, M., Tangalos, E.G., Cummings, J.L. and DeKosky, S.T. (2001), Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review), *Neurology*, 56(9), 1133–1142.

Petit, H., Bakchine, S., Dubois, B., Laurent, B., Montagne, B., Touchon, J., Robert P., Vellas, B., Vetel, J.-M. and Cogneau, J. (1998), Convergences d'un groupe pluridisciplinaire d'experts français sur les modalités du diagnostic et du traitement médicamenteux de la maladie d'Alzheimer au stade démentiel, *Revue Neurologique*, 154(5), 432–438.

Powsner, S. and Powsner, D. (2005), Cognition, copyright, and the classroom, *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 627–628.

Prescrire (2009), Maladie d'Alzheimer et autres démences. Un guide HAS biaisé, des affirmations hasardeuses, *La revue Prescrire*, 29(304), 150.

Rabins, P.V. and Folstein, M.F. (1982), Delirium and dementia: diagnostic criteria and fatality rates, *The British Journal of Psychiatry*, 140(2), 149–153.

Robinson, R.G., Kubos, K.L., Starr, L.B., Rao, K. and Price, T.R. (1984), Mood disorders in stroke patients: Importance of location of lesion, *Brain*, 107(1), 81–93.

Rosselli, M., Tappen, R., Williams, C. and Salvatierra, J. (2006), The relation of education and gender on the attention items of the Mini-Mental State Examination in Spanish speaking Hispanic elders, *Archives of Clinical Neuropsychology,* 21(7), 677–686.

Rosselli, D., Ardila, A., Pradilla, G., Morillo, L., Bautista, L., Rey, O. and Camacho, M. (2000), The Mini-Mental State Examination as a selected diagnostic test for dementia: A Colombian population study, *Revista de Neurologia*, 30(5), 428–432.

Sainsaulieu, I. (2006), Les appartenances collectives à l'hôpital, *Sociologie du travail*, 48, 172–187.

Shulman, K.I., Herrmann, N., Brodaty, H., Chiu, H., Lawlor, B., Ritchie, K. and Scanlan, J.M. (2006), IPA survey of brief cognitive screening instruments, *International Psychogeriatrics*, 18(2), 281–294.

Small, G.W., Rabins, P.V., Barry, P.P., Buckholtz, N.S., DeKosky, S.T., Ferris, S.H., Finkel, S.I., Gwyther, L.P., Khachaturian, Z.S. and Lebowitz, B.D. (1997), Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders, Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society, *JAMA*, 278(16), 1363–1371.

Stevens, A., Chalkidou, K. and Littlejohns, P. (2011), The NHS: Assessing new technologies, NICE and value for money, *Clinical Medicine*, 11(3), 247–250.

Tombaugh, T.N. and McIntyre, N.J. (1992), The mini-mental state examination: A comprehensive review, *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(9), 922–935.

Tombaugh, T.N., McDowell, I., Kristjansson, B. and Hubley, A.M. (1996), Mini-Mental State Examination (MMSE) and the Modified MMSE (3MS): A psychometric comparison and normative data, *Psychological Assessment*, 8(1), 48–59.

Tsai, L. and Tsuang, M.T. (1979), The Mini-Mental State test and computerized tomography, *American Journal of Psychiatry*, 136, 436–439.

Whiters, E. and Hinton, J. (1971), Three forms of the clinical tests of the sensorium and their reliability, *British Journal of Psychiatry,* 119, 1–8.

Yesavage, J.A. (1982), Degree of dementia and improvement with memory training, *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 1(2), 77–81.

PARTIE 3

Usages : les tests en contexte

Introduction de la partie 3

Cette dernière partie de l'ouvrage s'applique plus directement à la mise en œuvre de la mesure du trouble mental et permet d'entrevoir, sous ce jour, comment celle-ci contribue au travail de l'individualité. Autrement dit, il est question d'observer ici la manière avec laquelle l'emploi de ces instruments sert ce système de valeurs et de normes dans le cadre de nos échanges, soit au niveau immédiat de *l'interaction*, soit au niveau plus large des relations nouées entre les organisations ; à savoir, celui *des régulations sociales*.

L'individualité, ayant doté la personne d'une autonomie de conduite et d'une indépendance de jugement, s'avère pour le moins complexe à mettre en œuvre dès lors qu'il est question d'agir en commun, c'est-à-dire d'entreprendre une action concertée, organisée par une opinion partagée et fixée par un déroulement convenu par accord. Cette difficulté est redoublée dans le cas du diagnostic et de la prise en charge des troubles mentaux, précisément, parce que l'objet de l'action s'applique ici à la personne elle-même, et donc à un sujet qui, en probabilité, est propriétaire du jugement qu'on cherche à cette occasion à appliquer à son propos. Qui peut mieux que lui dire ce qu'il pense ou ressent ? Et que vaut par conséquent la prétention de l'expert qui s'autoriserait à parler à sa place ? Et même lorsque le sujet est trop diminué dans la maladie pour pouvoir exercer librement un jugement, quel est le tiers qui peut légitimement s'exprimer en son nom ? Un parent, par la connaissance qu'il a acquise au contact du sujet, peut-il se substituer à lui ?

C'est en propre à ce type de questions que le texte d'Aude Béliard cherche à s'atteler à travers l'usage du *Mini-Mental State Examination* (MMSE) dans la consultation mémoire, dédiée au diagnostic de la maladie d'Alzheimer. L'enquête ethnographique, qui en constitue le point d'appui, offre l'un des trop rares exemples d'une recherche appliquée à l'examen de l'emploi concret des tests, en situation. Il ressort de ses observations que cet emploi ne saurait être réduit au soutien d'un travail d'étiquetage ou

de stigmatisation. Certes, l'utilisation du MMSE reste, comme l'a bien montré Baptiste Brossard dans un chapitre précédent, rudimentaire, c'est-à-dire à la fois mécanique et sommaire. Mais, la plongée en contexte à laquelle nous invite Aude Béliard met en lumière des fonctions dérivées du test, sans doute plus inattendues. Pour reprendre son expression, celui-ci agit comme un véritable *outil de médiation*. En effet, la prétention à l'objectivité de l'instrument permet au neurologue d'introduire l'hypothèse d'un diagnostic déclaré d'Alzheimer auprès du patient, lorsque celui-ci en dénie la probabilité, mais également auprès de son entourage lorsque celui-ci refuse de se rallier à cette éventualité. Le test tient ainsi lieu d'outil de négociation, parfois de juge de paix, de la même manière qu'il permet au clinicien d'évaluer la crédibilité des observations rapportées par les parents du patient, sans avoir à fonder son jugement sur un verdict qu'il aurait établi par lui-même. L'outil fait donc ici plus qu'intégrer l'interaction : il en est l'un des leviers, l'un des éléments organisateurs. D'ailleurs, comme le montre Aude Béliard, cette propriété structurante ne se réduit pas, dans l'échange, à l'énoncé diagnostique, mais perdure souvent au-delà : l'usage du test sert alors de fil rouge à l'accompagnement du patient et de ses proches. Dans pareil cas, la mesure des symptômes, renouvelée à chaque visite, permet de statuer sur l'amélioration ou la dégradation de l'état du patient, autant qu'elle permet au clinicien de produire un travail de conseil, de prévention ou de rassurance à son égard ou à l'égard de ses proches. Naît ainsi un lieu et une structure d'échanges, régis pour eux-mêmes, gouvernés certes par la prise en charge de la maladie, mais dont les oscillations et le déroulé sont réglés par le rôle pivot qu'y occupe la mesure.

Une autre manière d'observer comment la mesure du trouble mental participe à la production de l'individualité réside dans le travail de catégorisation que cette pratique contribue à instruire et à disséminer, notamment à propos des personnes dites « déviantes ». Comme l'introduction de l'ouvrage a cherché à le montrer, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition* (DSM-III), par son accession au titre de standard, constitue sans doute la pièce maîtresse de cette entreprise. Le manuel, cherchant à façonner les contours du trouble mental, a dû par extension donner une définition de la santé et, plus en creux il est vrai, de la normalité et de la déviance, notamment au titre des Axes II, IV et V qui le composent. Sur ces questions, le standard de la psychiatrie contemporaine a tranché dans un sens qui emprunte son propos directement au langage de l'individualité. En particulier, dans ce domaine, le manuel a cherché à faire reconnaître, sous les termes d'une inaptitude partielle, contre une lecture aliéniste, que le « malade » demeure un individu capable selon toute présomption d'autonomie et d'indépendance. S'il n'est pas l'auteur de sa maladie, il reste en probabilité responsable de ses actes. La perspective cherchait à s'opposer à la stigmatisation du malade, dénoncée avec virulence par l'antipsychiatrie, et à offrir aux « personnes

atteintes de troubles mentaux » le statut d'individus à part entière. Il reste toutefois que cette proposition, pour pouvoir en juger, mérite toujours expertise dans le cas où le malade commet un acte répréhensible. En revanche, elle est tenue pour évidente dans les cas des psychopathologies de la personnalité, sous lesquelles le manuel regroupe les figures de la déviance : si la vulnérabilité du psychopathe peut légitimer sa prise en charge, en revanche, son affection ne relevant pas d'une maladie mentale, rien ne saurait l'amender lorsqu'il contrevient aux règles communes. Sa responsabilité est entière, ce verdict appelant, dans le cas où une infraction est commise, l'enfermement pénitentiaire plutôt que le traitement psychiatrique, en raison de la dangerosité que le sujet présenterait pour autrui.

Ce découplage de la maladie à l'égard de la déviance est de la même manière à l'œuvre dans la caractérisation de la toxicomanie, et dans l'évolution qu'elle a connu sous le terme d'addiction dans la nosographie contemporaine des troubles mentaux. Le texte que Renaud Crespin consacre au dépistage de la consommation des drogues au travail est, à cet égard, pour le moins illustratif. L'analyse qu'il y soutient aurait très bien pu figurer dans la seconde partie de l'ouvrage dans la mesure où elle s'applique à la carrière pour le moins florissante d'une mesure, cette fois de facture biologique, désignée à l'origine sous le nom du *Dole Test*. Mais, son étude historique permet d'observer plus directement encore comment l'évolution de ce test et de ses usages marque au plus près *l'affirmation d'un changement de contexte*, et comme ce changement a diffusé, *via* l'instrumentation, depuis l'organisation sanitaire vers l'espace de travail. En effet, à l'origine, le test urinaire de Dole visait à assurer les acteurs et financeurs des programmes de substitution à la Méthadone que les consommateurs d'opiacés ainsi pris en charge avaient bien abandonné le recours à l'héroïne, pour ne plus utiliser que son substitut. Ces programmes se fondaient sur l'idée que le toxicomane est victime d'un problème métabolique, et que la substitution, en stabilisant ce problème, devait par suite mettre fin aux conduites délictueuses engendrées par la recherche de produits illicites. Aux États-Unis, la généralisation progressive de ce test, que Renaud Crespin décrit sous le terme d'*appropriation*, d'abord dans les services des armées, puis dans l'administration, enfin, dans une proportion toujours plus grande d'entreprises privées, signe l'avènement d'une nouvelle représentation du consommateur de drogues. Au détour des années 1980, cette représentation, qui tend d'ailleurs à couvrir plus largement la plupart des problèmes sociaux, contribue à une responsabilisation sans précédent du consommateur : celui-ci n'est plus victime, ni du produit ni de son métabolisme, mais démontre par sa consommation un choix personnel qui signe d'abord une faiblesse morale, au regard des conséquences que sa conduite exerce sur lui-même et autrui. Cette nouvelle représentation tend à légitimer le dépistage des drogues en raison des risques que leur usage ferait peser sur la sécurité au travail, mais également sur l'économie toute entière, en vertu de l'absentéisme dont se rendraient davantage coupables leurs consommateurs.

L'un des intérêts du texte de Renaud Crespin est de montrer ainsi comment, aux États-Unis, la généralisation du dépistage, au travail ou à l'embauche, a réussi peu à peu à imposer sa raison, y compris face au droit. En effet, par de nombreux aspects, celui-ci cherche à protéger l'individu de la vulnérabilité à laquelle le contraint la pratique du dépistage, notamment par l'opposition que la règle de droit manifeste à l'égard de l'intrusion de tiers, publics ou marchands, dans la vie privée des personnes. Comme son chapitre le souligne avec force, l'équation, inhérente aux contradictions mêmes de l'individualité, entre vulnérabilité et responsabilisation, protection et sanction, a finalement été dénouée ici au bénéfice d'un arbitrage instrumental. Le droit a fini par admettre qu'un résultat positif au test biologique pouvait bénéficier d'un caractère légal, s'il pouvait être ratifié par une démonstration supplémentaire, totalement probante, en vue d'éviter aux salariés d'être victimes d'une désignation à tort. Pour les juristes, cet impératif a paru atteint lorsque la mesure s'est accompagnée d'une ratification obtenue au moyen de méthodes chromatographiques et spectrales. Ainsi, aux États-Unis, plus qu'en France il est vrai, le dépistage, appuyé par son appareillage instrumental, a pu faire une entrée massive dans la régulation d'une partie substantielle des échanges sociaux, en soumettant à de nouvelles règles les conditions de l'entrée et du maintien dans le travail.

Chapitre 5

Le MMSE en pratique : la relation médicale au miroir de la passation d'un test neuropsychologique

Dans les dernières décennies, la maladie d'Alzheimer est apparue progressivement comme un nouveau fléau et a été construite comme un problème de santé publique, aux États-Unis (Fox 1989 ; Lyman 1989) puis dans la plupart des pays occidentaux dont la France (Ngatcha-Ribert 2007). Le nombre de personnes souffrant de cette maladie a augmenté et les actions de santé publique ont insisté sur la nécessité d'améliorer le diagnostic et de créer les conditions d'un dépistage de plus en plus précoce. Ainsi, en France dans les années 2000, trois plans nationaux de lutte contre la maladie d'Alzheimer se sont succédés, l'un de leurs objectifs prioritaires étant le développement des consultations de diagnostic. Cette diffusion du diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées s'est appuyée sur l'établissement et la diffusion d'un certain nombre de tests neuropsychologiques, dont le plus connu et le plus utilisé est le MMSE (*Mini-Mental State Examination*)[1].

Ce chapitre s'intéresse aux tests neuropsychologiques au regard de leur mise en œuvre et de leurs usages. L'analyse proposée s'appuie sur les apports des approches sociologiques du diagnostic qui ont montré que les instruments diagnostiques ne sont pas des « arbitres neutres des signes et des symptômes », parce qu'ils n'existent pas indépendamment des praticiens qui les utilisent, des contextes et des objectifs dans lesquels

Chapitre rédigé par Aude BÉLIARD.

1. Concernant l'histoire et le succès de ce test, voir le chapitre de Baptiste Brossard dans le présent ouvrage.

ils sont mis en œuvre, parce qu'ils ont des effets sur les relations thérapeutiques, et sont eux-mêmes incarnés, adaptés et transformés à chacune de leurs utilisations (Jutel et Nettleton 2011). Au-delà de leur rôle dans le processus diagnostique et au-delà de leurs résultats proprement dits, comment les tests d'évaluation neuropsychologique sontils utilisés ? Comment s'inscrivent-ils dans la pratique médicale ? Quelle place prennentils dans la relation entre le médecin, le patient et son entourage ? Quels sont leurs effets sur ces relations ?

Ces questions sont ici abordées à la lumière d'une enquête sociologique menée au sein d'une consultation mémoire, hospitalière et pluridisciplinaire, située dans un hôpital public gériatrique de proche banlieue parisienne (Béliard 2010). Au moment de l'enquête, dans la deuxième moitié des années 2000, ce service de consultation mémoire est piloté par une neurologue. Il propose des évaluations approfondies – s'étalant sur une demi-journée au cours de laquelle chaque patient est amené à rencontrer un neurologue, un psychologue et un psychiatre – ainsi que des consultations de suivi tous les six ou douze mois, pour les cas où une maladie d'Alzheimer ou apparentée a été diagnostiquée. L'enquête ethnographique a permis de croiser plusieurs sources de données : observation des consultations neurologiques de diagnostic et de suivi, entretiens avec des médecins, des patients et des membres de leur entourage, observations de réunions de synthèse pluridisciplinaires, consultation des dossiers médicaux. Ce dispositif d'enquête a permis d'observer les usages des tests, dans les situations concrètes, mais aussi de croiser les points de vue sur leur mise en œuvre, en reconstituant les interactions entre les pratiques médicales et les réactions des patients et des proches.

Cet ensemble d'observations montre que les tests neuropsychologiques ne peuvent être assimilés au seul processus diagnostique : ils ne se réduisent pas au regard qu'un professionnel pose sur le patient, mais mettent en jeu des interactions plus complexes ; leur place et leurs usages ne se réduisent pas au moment de l'évaluation diagnostique. Certes, ils sont un élément central du processus diagnostique, au moment des consultations initiales. Comme dans d'autres contextes proches décrits par des sociologues (Brossard 2013 ; Mendelzweig 2013), les tests neuropsychologiques occupent une place importante dans les évaluations pluridisciplinaires de diagnostic. Dans le cas étudié, la consultation neurologique, qui dure 30 à 40 minutes, vise à établir une vision globale de la situation : le médecin recueille la « plainte » spontanée du patient et lui fait décrire ses symptômes et leur retentissement dans la vie quotidienne, description qu'il complète en interrogeant le ou les proches présents[2] ; il fait revenir le patient sur son histoire de vie et ses antécédents médicaux, prend en compte les examens déjà réalisés et les traitements en cours. Quinze à vingt minutes de la consultation sont cependant consacrées à des tests des fonctions cognitives, dont le MMSE, suite auxquels le médecin fait au patient et à ses

2. Il est demandé explicitement, lors de la prise de rendez-vous, qu'une personne proche accompagne le patient lors de sa consultation.

proches un premier retour sur les résultats, avant même que n'aient eu lieu les autres consultations et la discussion de synthèse en fin de matinée. La consultation psychologique quant à elle dure de trois quarts d'heure à une heure et s'organise en grande partie autour de tests dont la passation est plus approfondie qu'en consultation neurologique – le but est d'évaluer précisément le fonctionnement cognitif dans ses différentes dimensions. Seule la consultation psychiatrique en fin de demi-journée ne s'appuie pas sur des grilles d'évaluation. Les réunions d'équipe qui terminent la matinée consacrent quant à elles un temps important au compte-rendu des résultats du patient à chaque épreuve – ces résultats sont commentés, la neurologue et la psychologue discutent de la cohérence des résultats obtenus à leurs deux séries de tests. L'histoire de vie, le fonctionnement quotidien du patient, ses relations avec son entourage, l'entretien psychiatrique, sont évoqués et intégrés à l'interprétation de ces tests.

Cependant, les tests neuropsychologiques ne résument pas à eux seuls cette démarche diagnostique : ils ne constituent pas en eux-mêmes des indices suffisants, et leur interprétation met en jeu un grand nombre d'autres éléments. D'après la définition du diagnostic posée par le DSM-IV (APA 1994), en vigueur au moment de mon enquête, l'établissement du diagnostic de démence implique que soient remplis cinq critères : l'existence d'un trouble de la mémoire ; l'existence d'un autre trouble cognitif[3] ; l'existence d'un déclin (c'est-à-dire que le fonctionnement cognitif actuel de la personne a connu une altération par rapport aux périodes antérieures) ; l'existence d'une gêne, d'une perturbation dans les activités quotidiennes ; l'absence d'autres éléments pouvant expliquer les troubles[4]. L'établissement du diagnostic repose donc sur un certain nombre de critères attestant d'une détérioration du fonctionnement cognitif du patient. Mais il est également en partie un diagnostic différentiel, puisqu'il nécessite d'éliminer d'autres hypothèses qui pourraient expliquer les troubles observés ou ressentis : les conséquences d'un accident vasculaire cérébral, un traitement antidépresseur inadapté, des difficultés psychologiques, l'abus d'alcool, etc. Une partie des informations nécessaires à ce diagnostic proviennent donc des tests neuropsychologiques, pour établir l'existence d'un trouble de la mémoire et d'un autre trouble cognitif, pour préciser la nature des troubles : par exemple, des troubles de la mémoire à court terme, de type attentionnel, évoquent pour les médecins des difficultés psychologiques plus qu'un trouble organique. D'autres informations sont issues d'examens médicaux complémentaires (IRM, bilan sanguin),

3. C'est-à-dire une aphasie (trouble du langage), une apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité malgré des fonctions motrices intactes), une agnosie (incapacité à reconnaître ou à identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes) ou une perturbation des fonctions exécutives (une altération de la capacité à penser de façon abstraite, à planifier, à initier, à organiser dans le temps, à contrôler et à arrêter un comportement complexe) (APA 1994).
4. Pour plus de détails sur ces critères diagnostiques, voir (Rigaud 2001).

mais aussi de l'observation directe du patient, de son témoignage ou de celui de son entourage : ceux-ci permettent de documenter l'idée d'une gêne dans la vie quotidienne, d'alimenter l'hypothèse de difficultés psychologiques, de déterminer s'il y a vraiment eu un déclin dans le fonctionnement du patient par rapport à des époques antérieures. Nous nous pencherons particulièrement, dans un premier temps de ce chapitre, sur la manière dont les médecins s'appuient sur les proches pour interpréter les tests qu'ils font passer aux patients : on verra alors comment les tests diagnostiques composent l'un des premiers moments d'interaction entre les professionnels et les proches, et comment ceux-ci sont à la fois écoutés, impliqués et évalués dans leur fiabilité.

Mais en pratique, l'équipe soignante ne se borne pas à cet usage initial, guidé par le raisonnement diagnostique. La passation des tests occupe une bonne partie du temps de consultation, y compris dans les consultations de suivi après le diagnostic initial. Les moments de passation de tests s'inscrivent dans la dynamique des relations professionnels/patients, et donnent lieu à de multiples échanges : réactions et commentaires du patient, de son entourage, explications de la part des professionnels, discussions autour des résultats. L'analyse de ces échanges montre que la passation des tests est elle-même utilisée dans le cadre de la relation thérapeutique, pour laquelle elle remplit des fonctions multiples : pour le patient et son entourage, pour exprimer des angoisses, de la bonne volonté ou de la réticence, pour montrer des compétences ou attester de la dégradation de l'état de santé ; pour le médecin, pour communiquer autour de la maladie, expliquer la nature des troubles, convaincre de l'intérêt de poursuivre le processus diagnostique, construire et maintenir la relation avec les proches. Quand un suivi médical se met en place sur le long terme, l'enjeu des tests est tourné autant vers l'évaluation médicale de la situation (de l'évolution de la maladie, de la réponse au traitement), que vers la construction d'une continuité dans la relation thérapeutique avec le patient et ses proches. Ce sont ces usages multiples des tests, évoluant tout au long du suivi, que nous explorerons dans un deuxième temps.

En prêtant ainsi attention à la mise en œuvre concrète des tests neuropsychologiques, dans le contexte des consultations et des relations thérapeutiques, on peut ainsi observer que le déroulement et les usages de ces tests sont un analyseur privilégié des différentes places et rôles donnés aux familles, dans le traitement médical à domicile de ces situations de maladie d'Alzheimer. Ils reflètent toute l'ambiguïté de la place donnée ici aux familles, entre partenaire du soin et objet de l'intervention. C'est aussi que les tests structurent eux-mêmes la définition de la place des familles, puisque parmi leurs fonctions multiples tout au long du suivi, au-delà des seuls objectifs diagnostiques, ils peuvent être utilisés par les médecins au service de la construction de la relation avec le patient et ses proches. En ce sens, les tests contribuent à définir et à travailler le rôle des familles.

5.1. L'interprétation des tests au moment du diagnostic initial : les proches écoutés et évalués

Les absences de réponse d'un patient aux questions du MMSE sont-elles le reflet de son incapacité à répondre, un refus de se prêter au jeu, ou un problème d'attention lié au fait qu'il est préoccupé ? Ses faibles résultats, par exemple aux tests portant sur le calcul et le vocabulaire, sont-ils la conséquence d'une dégradation de ses capacités ou le reflet d'un faible « niveau » de compétence qui aurait été le sien tout au long de sa vie ? Sont-ils en cohérence avec les difficultés éprouvées dans la vie quotidienne ? Ce sont dans ces termes que les médecins rencontrés lors de l'enquête formulent les difficultés d'interprétation des tests neuropsychologiques[5]. Face à ces difficultés, les médecins disposent d'indices imparfaits (le niveau de diplôme du patient, le récit de vie qu'ils recueillent auprès de lui) et sont amenés à solliciter le témoignage de personnes proches du patient, susceptibles de donner des éléments plus précis sur sa vie quotidienne, son histoire, ses activités et centres d'intérêt passés. Du fait qu'un des symptômes possibles de la maladie est l'anosognosie (absence de conscience des troubles par le sujet qui en est atteint), le témoignage des proches est considéré par les professionnels comme central. En cas de divergence entre le point de vue du patient et de son accompagnateur, la version du second prime en général sur celle du premier. Ainsi, lors de la consultation avec Mme Danty[6], le docteur Françoise Larchet a éprouvé des difficultés à obtenir des réponses à certaines de ses questions, sans qu'il apparaisse clairement si ce manque de réponses est lié au fait que les questions ne font pas sens pour Mme Danty, ou bien s'il est le reflet d'un « déclin » de son fonctionnement cognitif. Cette difficulté d'interprétation est mise en lumière par la question sur l'actualité, à laquelle elle répond de façon très vague malgré l'insistance de Françoise Larchet, ou par la question sur ses loisirs (qui vise à déterminer si ses activités ont récemment diminué) :

> *Françoise Larchet* : Qu'est-ce que vous aimez faire ?
>
> *Mme Danty ne répond pas directement à la question mais commence à parler de son fils.*
>
> *Françoise Larchet la coupe* : Qu'est-ce qui vous fait plaisir à vous ?
>
> *Mme Danty* : Moi j'ai beaucoup travaillé dans le milieu bourgeois *[domestique]*, puis dans une clinique.

5. Pour une analyse des hésitations des médecins dans l'interprétation des tests, en particulier concernant l'évaluation du « niveau » des patients, voir (Béliard 2010).
6. Mme Danty a été employée de maison jusqu'à la naissance de ses enfants. Par la suite, elle a fait des ménages. Son mari était serveur dans un café.

Françoise Larchet : On va voir ça sur vos métiers. Mais qu'est-ce que vous aimez faire ? Les mots croisés ?

Mme Danty : Un peu la télévision mais pas trop. J'aime bien lire des illustrés.

Encadré 5.1. *Consultation de Mme Danty, le 25 mars 2005*

Dans sa rencontre avec le fils de Mme Danty, employé administratif, le questionnement de Françoise Larchet est guidé par le souci d'évaluer si la description des activités qu'elle vient d'obtenir de Mme Danty est le reflet de l'ensemble de sa vie ou peut être interprétée comme un « déclin », un resserrement de ses centres d'intérêt :

Françoise Larchet : Qu'est-ce que vous pensez de la mémoire de votre mère ?

M. Danty : C'est pas terrible.

Françoise Larchet : Depuis combien de temps ?

M. Danty : De toute façon, elle a jamais eu beaucoup de mémoire. Il fallait lui rappeler le nom des acteurs.

Françoise Larchet : Qu'est-ce qu'elle aimait faire ?

M. Danty : Elle aimait beaucoup danser. Elle allait dans les bals musettes. Le mouvement, la danse, le rythme…

Françoise Larchet : … ça l'intéressait. Et l'actualité, elle s'y intéresse ?

M. Danty : Oh non. Elle s'intéresse au pape. Elle sait qu'on est le vendredi saint et qu'il faut pas manger de viande. (…)

Françoise Larchet : Qu'est-ce qu'elle fait l'après-midi ?

M. Danty : Je ne sais pas. Elle lit rarement. Elle regarde pas beaucoup la télé.

Françoise Larchet : Et pour s'occuper d'elle ?

M. Danty : Elle va plus beaucoup chez le coiffeur, parce qu'elle a des problèmes urinaires.

Encadré 5.2. *Entretien avec le fils de Mme Danty*

Ce que Françoise Larchet avait identifié comme une relative « pauvreté » en matière d'activités et de centres d'intérêt est globalement confirmé par le fils de Mme Danty dont le témoignage vient alors compléter l'interprétation des tests. Cependant, si les proches sont considérés comme une source d'information complémentaire indispensable, c'est en

même temps une source qui est systématiquement mise en doute. Ce recueil des points de vue s'accompagne d'une autre opération qui consiste à juger de la « fiabilité » de l'accompagnateur. Certains proches sont ainsi considérés comme « peu fiables », qualification qui est reportée par écrit dans le compte-rendu de la consultation diagnostique. Dans la pratique de Françoise Larchet, cette évaluation répond à plusieurs logiques. Interrogée explicitement sur ce point en entretien, elle insiste sur des questions de cohérence entre les résultats des tests neuropsychologiques et la version de l'accompagnateur. S'il y a trop d'incohérences entre les deux, il est logiquement impossible que l'accompagnateur soit fiable :

Françoise Larchet : C'est quand ils disent que tout va bien alors que manifestement, ça va sûrement pas bien. Donc quand il a des tests de mémoire complètement dans les choux et qu'on me dit qu'il *[le patient]* fait tout normalement euh… *(rire)* c'est pas possible !

AB : Tu émets des doutes sur…

Françoise Larchet : Voilà, c'est pas possible, donc, c'est pas possible. Donc c'est que… soit il compense sans même s'en rendre compte, soit il veut pas entendre le diagnostic, soit etc. […] Il me dit : « non, non, il fait la déclaration d'impôt », alors qu'il est incapable d'additionner un et deux. Là, attends, c'est impossible ! Il peut pas *(insiste sur ces mots)* y arriver. Ou alors il fait un maximum de conneries donc… Il oublie tout au fur et à mesure, je ne vois pas comment il peut prendre ses médicaments tout seul sans faire d'erreur. Donc ou le conjoint surveille les médicaments mais veut pas me le dire, ou il les surveille pas et ça doit être une sacrée salade. […] Ou j'ai vu celui des enfants qui n'est pas le plus proche et qui n'était pas complètement d'accord avec la consultation, qui trouvait que tout allait bien et qu'il ne fallait pas foutre le bordel, donc…

Encadré 5.3. *Entretien avec Françoise Larchet, dans son bureau, le 11 décembre 2007 (extrait 1)*

Si Françoise Larchet insiste en entretien sur le repérage des incohérences – entre l'accompagnateur et les tests, ou entre l'accompagnateur et une autre personne de la famille – l'observation de la pratique de la consultation montre que cette appréciation est étroitement imbriquée avec l'usage de certaines catégories s'appliquant aux accompagnateurs dont on peut mettre en doute la fiabilité. Le terme de « déni », tout comme celui d'« ambivalence », signale les accompagnateurs qui ne veulent pas voir les troubles. La discussion entre Françoise Larchet et la fille de Mme Pinay montre bien quels types d'interaction suscitent l'emploi de ces étiquettes de « déni » et d'« ambivalence ». Mme Pinay est une femme de 80 ans, veuve, qui vit seule. Elle était secrétaire. Elle a une fille, Berthe (qui est pianiste) et un fils (écrivain). Mme Pinay est déjà venue à la consultation mémoire un an avant la consultation observée ; il avait été conclu à des troubles cognitifs légers, à surveiller. Lors de cette nouvelle consultation, Françoise

Larchet hésite à parler de maladie de la mémoire débutante et essaie de déterminer avec l'aide de la fille de Mme Pinay s'il y a eu un déclin récent dans le fonctionnement cognitif de sa mère. N'obtenant pas de réponse qui la satisfasse, elle lui explique davantage les choses :

> *Françoise Larchet* : Il y a trois problèmes. Est-ce qu'on peut déclarer qu'il y a une détérioration intellectuelle ? Est-ce que ce n'est pas seulement des problèmes psychologiques ? Est-ce qu'il y a des choses qu'elle faisait avant mais qui maintenant posent problème ?
>
> *Fille de Mme Pinay* : Moi, ne vivant pas avec elle, je ne sais pas. Il y a la part de comédie…
>
> *Françoise Larchet (la coupe)* : Il y a des faits. Des choses qu'elle ne fait plus, il ne faut pas être dans l'interprétation. Pour intervenir dans les papiers, les comptes : il y a la version soft, je lui dis qu'elle est malade et qu'elle doit se faire aider, cela veut dire une négociation. La version dure : on déclare qu'elle est plus capable et on le fait de force. C'est une curatelle. Mais il faut être sûr qu'il y a un problème. Car il y a un jugement, un expert […] La dernière fois, elle était limite. On a dit : on va voir si ça s'est franchement aggravé. Mais il y a aussi ce qu'elle fait ou pas dans la vie de tous les jours.

Encadré 5.4. *Consultation de Mme Pinay, le 20 janvier 2006*

On voit bien ici les attentes de la neurologue vis-à-vis d'une fille qui, voyant sa mère tous les jours, devrait être un bon interlocuteur et reconnaître un certain nombre de faits objectifs. L'incapacité à se prononcer sur ces faits est assimilée à une volonté inconsciente de ne pas voir les troubles. Dans certains cas, cette situation est qualifiée de « déni ». Dans les cas qui semblent plus complexes, dans lesquels l'accompagnateur est perçu à la fois comme coopérant (comme la fille de Mme Pinay qui veille à ramener sa mère à la consultation une deuxième fois) et paradoxalement comme peu conscient des troubles, le terme d'« ambivalence » est utilisé. Évoquant ce cas avec la psychologue après la consultation, Françoise Larchet qualifiera les enfants de Mme Pinay d'« ambivalents » et « dans l'entre-deux ».

Dans ce cas, Mme Pinay est d'abord considérée comme une bonne indicatrice *a priori* (une fille, qui voit sa mère régulièrement), ce qui justifie que devant son absence de réponse, Françoise Larchet insiste et lui dise explicitement ce qu'elle attend d'elle – des faits « objectifs ». Dans d'autres cas, les accompagnateurs sont plus rapidement suspectés d'être peu fiables en raison de certaines de leurs caractéristiques. La pratique de Françoise Larchet dévoile notamment des attentes différenciées selon le genre. Lors de la réunion de synthèse suivant la première consultation de M. Chanet, elle explique

aux autres professionnels que les deux fils de M. Chanet qu'elle a rencontrés « ne disent pas tout », qu'il « faut les pousser » et qu'ils sont « dans le déni » :

> *Françoise Larchet raconte* : Ils disent 10 à 20 % de ce qui est. Peut-être qu'à la deuxième consultation ils vont en sortir d'autres, je vous tiendrai au courant ! J'ai commencé à dire qu'il fallait faire attention aux aliments périmés dans le frigo. Le fils au bout d'un moment me dit : « de toute façon son frigo est dans un état épouvantable ». Mais c'est difficile de savoir s'il trouvait ça normal ou pas. Il y a une ambiguïté, peut-être qu'il pensait qu'un frigo d'homme était forcément dégueulasse. Je lui ai dit : « c'est un homme, c'est ça ? ». Il me répond : « oui, c'est ça ! ».
>
> *Le psychiatre renchérit* : M. Chanet a dit la phrase du jour : « Comme je suis veuf, je fais le ménage ! ».

Encadré 5.5. *Réunion d'équipe concernant le cas de M. Chanet, le 13 janvier 2006*

La manière dont les médecins s'appuient sur les proches présents en consultation pour compléter l'évaluation de la situation du patient, pour se donner les moyens d'interpréter correctement les tests, est donc révélatrice de la place ambiguë donnée aux familles dans ce contexte : elles sont une source d'information considérée comme indispensable et complémentaire des tests, mais le crédit accordé à leur témoignage n'est pas automatique – les résultats obtenus par le patient au test sont mobilisés dans le même temps pour juger de leur crédibilité. Cette évaluation de la lucidité des proches est d'autant plus importante qu'elle permet d'anticiper leur capacité à entendre le diagnostic, mais aussi à être présent auprès du patient par la suite. La « fiabilité » des proches peut alors s'entendre dans deux sens qui sont liés : dans le sens d'une lucidité, d'une capacité à produire une description exacte des troubles et des compétences de leur proche, mais aussi dans le sens d'un appui fiable, d'une capacité à s'investir auprès du patient, à devenir l'aidant d'un malade d'Alzheimer. Le moment des tests neurologiques (aussi bien des résultats de ces tests que des interactions qu'ils suscitent) joue un rôle non négligeable dans l'évaluation de cette double fiabilité, de la même manière qu'il permet de susciter cette évaluation, de la travailler. En cela, le diagnostic et la pratique des tests ne peuvent être isolés de la dynamique des suites de la prise en charge, comme nous allons le voir maintenant.

5.2. Tester les fonctions cognitives, travailler le lien avec les familles : les usages multiples des tests dans le long terme de la relation entre soignants, patient et famille

Au-delà de leur rôle dans l'établissement du diagnostic, les tests neuropsychologiques endossent plusieurs fonctions, font l'objet d'une pluralité d'usages par

les médecins en direction des familles et des proches : un usage initial, au moment de l'établissement du diagnostic et de son annonce ; un usage peut-être moins attendu, tout au long du suivi médical, pour maintenir le dialogue et soutenir l'engagement quotidien des proches.

La fonction la plus visible, dès les premières consultations, concerne la négociation de la nature des troubles. Dans la consultation neurologique, après un premier temps d'échange sur les troubles éprouvés par le patient, sa vie quotidienne, ses traitements, son histoire de vie, intervient la passation des tests (« maintenant je vais vous faire travailler », annonce le médecin pour commencer la série de tests). À l'issue de ceux-ci, la neurologue s'appuie sur ces tests pour donner de premières indications au patient et à son proche (qui selon les cas est resté pendant la consultation, ou est rencontré par la suite). Les résultats précis et chiffrés ne sont pas cités auprès du patient ni de sa famille, mais le résultat est commenté pour donner une première indication (« c'est pas parfait », « c'est juste à la limite », « on ne trouve rien d'extraordinaire », « la mémoire est très très mauvaise »), même s'il est expliqué que ces premiers résultats doivent être complétés par d'autres investigations (les tests de la psychologue s'ils n'ont pas encore été passés, une prise de sang, un IRM, etc.). Ont alors lieu des négociations sur la nature des troubles. Le caractère ostensiblement objectif des tests permet au médecin d'appuyer l'idée – auprès du patient et/ou de son entourage – qu'il y a un processus pathologique, non explicable par le simple vieillissement. Ainsi, à une fille qui, en consultation de suivi, exprime ses doutes quant à l'hypothèse d'une maladie d'Alzheimer qui a été évoquée lors de la première consultation, le médecin gériatre qui assure le suivi après la consultation de diagnostic, Sabine Roux, répond en évoquant le détail des résultats :

Fille de Mme Leroy : J'aurais besoin de savoir si Alzheimer est supposé ou avéré ?

Sabine Roux : Avéré. Maintenant, quand il y a des soucis…

Fille de Mme Leroy : Parce que quand son fils est parti une semaine, elle était transformée.

Sabine Roux : Forcément. Ça influence sur la mémoire. Mais il y a d'autres choses qui sont altérées.

Fille de Mme Leroy : Et quelle est la différence entre la perte de mémoire liée à Alzheimer et la vieillesse ?

Sabine Roux explique que la vieillesse n'altère que la mémoire alors que dans la maladie d'Alzheimer, il y a d'autres pertes, comme le langage.

Fille de Mme Leroy : Ah, vous pouvez faire la différence entre les deux.

Encadré 5.6. *Deuxième consultation de Mme Leroy, le 5 mars 2007*

La fille de Mme Leroy laisse entendre que les troubles de sa mère pourraient être dus à la fois au vieillissement et aux soucis que lui cause son fils qui habite avec elle et qui a lui-même d'importants problèmes de santé. Sabine Roux explique que les différents tests ayant révélé non seulement une perte de mémoire mais aussi un déficit en matière de langage, il est possible d'affirmer que les troubles de sa mère sont d'une autre nature que le simple vieillissement. Comme dans cet échange, l'enjeu est souvent de faire passer l'idée d'une maladie neurologique, d'amener les proches à se représenter le patient comme souffrant d'une maladie liée à une atteinte du cerveau, et donc susceptible de s'aggraver. Ainsi, Mme Chardin, ancienne ingénieur chimiste, s'était plaint auprès de son médecin généraliste qui l'a adressée à la consultation. En début de consultation, elle confirme à Françoise Larchet qu'elle est « de plus en plus gênée par des pertes de mémoire », qu'elle « oublie des noms », « cherche ses mots », et « comprend de moins en moins quand on lui parle ». Sa fille, Mme Blanc[7], qui a assisté à la consultation de sa mère et donc aux tests, commente par la suite : « Moi je suis pas inquiète. Je suis plus inquiète pour moi. Anachorète[8] je ne sais pas ce que ça veut dire. Elle vit trop seule, elle est souvent avec ses mots croisés. » Françoise Larchet discute un moment avec elle, l'interroge sur la vie quotidienne de sa mère, sur d'éventuels changements dans son caractère et son mode de vie (Mme Blanc n'en cite aucun) et essaie sans succès de lui faire citer des problèmes dans la vie quotidienne :

Françoise Larchet : Elle conduit encore ?

Mme Blanc : Moins, mais à cause de sa vue.

Françoise Larchet : Et sans problème ?

Mme Blanc : Elle n'a jamais été une conductrice émérite.

Encadré 5.7. *Consultation de Mme Chardin, le 2 février 2005*

Après ces échanges, Mme Blanc cherche confirmation de son point de vue auprès du médecin en l'interrogeant plus directement sur son diagnostic. C'est alors, en reprenant les papiers où elle a consigné les résultats des tests, que Françoise Larchet exprime un avis plus mitigé et engage la discussion sur une possible maladie :

7. Qui est employée, vendeuse dans un magasin.
8. Dans l'une des questions utilisées lors de cette consultation neurologique, il est demandé au patient de donner la définition de certains mots, de plus en plus difficiles. « Anachorète » arrive à la fin de la liste.

Mme Blanc : Donc pour vous il n'y a pas de changement ?

Françoise Larchet : Ben… C'est pas parfait, dans les tests. On va nuancer : c'est pas parfait pour son niveau. Elle a dû pouvoir faire mieux. Mais ce que j'ai fait pour l'instant c'est superficiel. La psychologue va la pousser un peu plus. On verra à la sortie s'il y a un petit quelque chose. Moi j'ai l'impression qu'il y a un petit quelque chose avec les mots.

Mme Blanc : On n'a pas envie de savoir pour sa mère, peut-être. Mais je vois ma mère beaucoup plus cultivée, donnant plus de définitions que moi. Moi je suis stressée pour ça.

Françoise Larchet : À votre âge, il n'y a pas de problème.

Encadré 5.8. *Entretien avec la fille de Mme Chardin*

Après la sortie de Mme Chardin et de sa fille de la salle de consultation, Françoise Larchet commente la situation à mon intention en disant qu'il y a probablement un début de maladie mais que les enfants sont « dans le déni », ce qui fait qu'on « ne peut rien faire » :

Françoise Larchet : Dans les critères diagnostiques, il faut qu'il y ait une gêne dans la vie quotidienne. Même si je suis presque sûre qu'il y a quelque chose, on ne peut pas demander une prise de sang s'ils ne veulent pas. La prise de sang, il faut un prétexte pour la faire. Et je ne vais peut-être pas demander une IRM parce que s'ils sont dans la dénégation, ce n'est pas sûr que je traiterai après. Dans ces cas-là, la souffrance induite par le diagnostic n'est pas forcément compensée par le fait de faire un traitement. Peut-être qu'il leur faut du temps pour admettre qu'il y a quelque chose qui ne tourne pas rond. Peut-être qu'ils seront rangés dans les troubles cognitifs légers et qu'ils reviendront dans un an.

Encadré 5.9. *Échange informel, après la consultation de Mme Chardin, le 2 février 2005*

De fait, comme ces premières consultations ne sont que le début du processus diagnostique, ces échanges n'ont pour fonction que d'informer, de préparer psychologiquement les proches au diagnostic de maladie. Il s'agit aussi de les alerter, de les convaincre de l'intérêt de poursuivre l'investigation en rassemblant plus d'éléments pour consolider le diagnostic – mais aussi souvent de tester leur capacité à admettre le diagnostic et l'intérêt de poursuivre le processus, comme c'est le cas autour de Mme Chardin. Dans le contexte de la consultation, où il est difficile pour les médecins d'anticiper les effets du diagnostic et la capacité de résistance du patient et de la famille face à l'annonce d'une maladie (Fainzang 2015), les tests neuropsychologiques et le dialogue qui s'établit autour de leurs résultats apparaissent comme un des moyens dont disposent les médecins pour jauger la capacité du patient et de l'entourage à entendre le diagnostic. L'échange noué autour de la passation des tests leur permet d'apprécier à

quel point ils sont « en demande » d'information, dans quelle mesure le diagnostic induirait plus de souffrances que d'effets bénéfiques.

Dans un deuxième temps, lorsque s'engage un suivi médical sur le long terme, la consultation médicale accompagne l'implication des proches, leur travail de soin quotidien auprès de la personne malade. Apparaissent alors d'autres usages des tests neuropsychologiques. Les tests deviennent plus courts et s'articulent de manière différente avec la consultation. Certains médecins ne les utilisent pas systématiquement. D'autres continuent à faire passer régulièrement au patient quelques tests, notamment le MMSE. Le rôle des tests et la tonalité de leur passation sont cependant assez différents de ce qu'on peut observer lors des consultations de diagnostic. Dans la consultation étudiée, les médecins ne demandent plus à voir séparément le patient : la passation du MMSE se fait donc au cours du colloque médical, dans un échange souvent triangulaire entre le médecin, le patient et un ou plusieurs membres de l'entourage. Ce moment prend une dimension répétitive, d'une consultation à l'autre. Les questions sont déjà connues du patient, s'il s'en souvient, ou du moins de la personne qui l'accompagne. Le moment du test est également pris dans l'ensemble des échanges de la consultation, au cours de laquelle le médecin fait le point sur l'évolution de l'état général du patient (l'évolution de la maladie, mais aussi les éventuels autres problèmes, notamment physiques), sur la situation au quotidien, les aides mises en place ou à envisager. La passation du MMSE fait alors partie de la dynamique d'un échange plus large entre le médecin et les proches, portant sur l'évolution de l'état de santé du patient et sa qualification, les difficultés qu'elle pose et qui sont à anticiper. Ainsi, lors de la consultation de M. Pia, suivi dans le service depuis plusieurs années, sa conjointe fait dès les premiers échanges le constat d'une dégradation de l'état de son mari :

Françoise Larchet : Comment allez-vous ?

M. Pia : Ça va.

Françoise Larchet : Toujours souriant, toujours « ça va » ?

Mme Pia : Il est toujours souriant mais il y a une aggravation.

Françoise Larchet : Beaucoup ?

Mme Pia : Beaucoup.

Françoise Larchet : À quel point de vue ?

Mme Pia : Tout. Il oublie tout. Les petits-enfants sont venus la semaine dernière, il ne les a pas reconnus.

Encadré 5.10. *Consultation de M. Pia, le 7 mars 2005*

Françoise Larchet amène alors Mme Pia à préciser pour déterminer s'il s'agit bien de changements – est-ce que c'était le cas aussi lors des entrevues précédentes ? – et pour obtenir une description plus large de la situation : est-ce que son mari mange bien ? Peut-elle le laisser seul à la maison le temps d'aller faire des courses ? À cette dernière question, Mme Pia répond qu'elle continue à le faire mais cela l'inquiète de plus en plus. Elles abordent ensuite la question des prises en charge : une demande d'admission en maison de retraite a été refusée, Françoise Larchet encourage Mme Pia à envoyer d'autres dossiers et à demander une augmentation de l'aide personnalisée à l'autonomie. Elle lui demande comment cela se passe au quotidien, notamment avec les médicaments ; Mme Pia raconte que c'est surtout la toilette qui pose problème : il arrive fréquemment à son mari de « ne pas se laisser faire », de « s'énerver » avec les personnes qui viennent l'aider. Tout au long de ces échanges, Mme Pia exprime sa lassitude (« cela devient difficile ») et son inquiétude, notamment pour l'avenir : « ça va parce que je vais bien », dit-elle, suggérant que l'équilibre reste précaire et pourrait être remis en question brutalement si elle-même avait des problèmes de santé. Françoise Larchet annonce alors à M. Pia qu'elle va le « faire travailler », et les tests qui s'ensuivent renouvellent l'échange entre la conjointe et le médecin, à propos du degré de dégradation de l'état de santé du patient. M. Pia tente de répondre à chacune des questions, mais il éprouve beaucoup de difficultés (par exemple, il ne donne aucune réponse aux premières questions du MMSE relatives à l'orientation spatio-temporelle[9]). Mme Pia répète les questions à son mari, traduit certaines choses en italien[10], et l'encourage à répondre (« réfléchis ! » l'enjoint-elle à plusieurs reprises). Contrairement aux tests des consultations de diagnostic, lors desquelles elle rappelle les proches à l'ordre pour qu'ils laissent le patient répondre seul, Françoise Larchet laisse Mme Pia aider et encourager son mari. Mme Pia se montre anxieuse et réagit vivement aux réponses de son conjoint : elle a les larmes aux yeux quand il ne répond pas, et nous regarde avec un grand sourire quand parfois il arrive à faire quelque chose, notamment lorsqu'il s'agit de reproduire un dessin. Françoise Larchet choisit à plusieurs reprises d'adapter le test en posant des questions moins difficiles : après avoir essayé l'épreuve de calcul du MMSE, qui consiste à compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois, elle lui demande finalement de compter de 1 à 10 puis de 10 à 1. Elle lui propose ensuite un test qui consiste à nommer les objets à la vue de leur image : après avoir constaté qu'il répond « une p'tite bête » indifféremment pour tous les animaux, elle sort une feuille avec des dessins d'outils et M. Pia reconnait une partie d'entre eux. Mme Pia se rend compte de ces adaptations et s'en excuse auprès de nous (« je suis désolée, c'est difficile avec lui ») ; Françoise Larchet tente de la rassurer en donnant sens au fait que certaines choses sont plus ou moins faciles pour son mari, relativisant les mauvais résultats aux tests :

9. Il s'agit d'une série de questions évaluant la capacité à se situer dans le temps et dans l'espace, dont les trois premières sont par exemple : « En quelle année sommes-nous ? En quelle saison ? En quel mois ? »

10. Qui est la langue maternelle de M. Pia.

Françoise Larchet : Les outils dont il s'est servi, il s'en souvient mieux que le reste.

Mme Pia : C'était son métier *(M. Pia était chef de chantier)*.

Françoise Larchet : Je sais que c'est difficile parce qu'il a appris à parler en italien.

Mme Pia : Ça fait 60 ans qu'il est là.

Françoise Larchet : Oui, mais quand on les utilise pas.

Encadré 5.11. *Interaction avec Mme Pia*

À la fin des tests, Françoise Larchet commente peu les résultats d'ensemble, mais revient d'emblée sur la question de l'aide à la toilette. Mme Pia évoque plusieurs chutes de son mari. Françoise Larchet indique qu'elle augmente la dose du médicament. Mme Pia demande s'ils sont obligés de revenir tous les six mois. Françoise Larchet explique que l'obligation légale (pour la prescription du médicament) est d'un an, mais qu'elle préfère pour le moment tous les six mois : « je pense qu'il peut se passer beaucoup de choses en six mois, qu'il n'est pas bien et que c'est le moment où c'est compliqué ».

Dans de telles consultations, le MMSE joue un rôle hybride. Il est utilisé par le médecin pour suivre l'évolution des troubles et avoir un point de repère quantifié tous les six mois. Cependant, la quantification précise importe moins que lors des tests initiaux : d'abord, en raison de l'aggravation des troubles, les manifestations de la maladie sont plus évidentes, et peuvent être repérées indépendamment des tests ; ensuite, le suivi médical ne porte plus sur l'évaluation diagnostique mais sur l'appréhension de la situation de manière plus globale, autrement dit, la stabilité de la situation au quotidien, l'adaptation des aides, l'état de santé de la conjointe sont au premier plan. La passation des tests est alors plus imbriquée dans la relation avec le patient et son entourage. C'est ainsi qu'il devient moins important d'isoler le patient des remarques de son entourage pour interpréter ses résultats au test. La passation des tests est aussi un moyen de maintenir le dialogue avec le patient et son entourage, ici de poursuivre l'échange avec la conjointe, de lui montrer que ses inquiétudes sont écoutées et prises en compte, mais aussi de les nuancer en discutant des épreuves du questionnaire. De fait, pour la conjointe, le moment des tests semble particulièrement ambivalent : d'un côté, ils sont pénibles à supporter car ils objectivent, tous les six mois, le déclin des facultés de son mari ; d'un autre côté, ils sont un moment d'échange à propos de ce déclin, lors duquel certaines choses peuvent être dédramatisées ou relativisées. Les tests neuropsychologiques peuvent alors devenir l'un des moyens du travail d'accompagnement que mènent les médecins, face à ces situations de prise en charge à domicile sur le long terme.

Cet usage du MMSE est présent lors de nombreuses consultations, notamment lorsque le patient est suivi pendant plusieurs années et que son état reste relativement

stable. Le médecin s'appuie alors souvent sur les tests pour rassurer le patient et son entourage, les conforter dans l'utilité du suivi médical et les encourager dans la manière dont ils prennent en charge la maladie. Après le MMSE, Françoise Larchet rend couramment compte de ses résultats au patient et à son accompagnateur en expliquant que par rapport à la dernière évaluation, certains aspects sont « moins bien » tout en insistant sur le fait que d'autres sont « stables » ou « un peu mieux ». Il est fréquent que, sans donner de score précis, elle termine la série de questions par une conclusion rassurante : « c'est bien », ou encore « ce serait peut-être un peu mieux », « c'est mieux que la première fois que vous êtes venue », propos rassurants dont les proches peuvent également se faire l'écho : « il s'est pas mal débrouillé, j'en aurais pas fait autant », commente ainsi l'épouse d'un patient. On peut observer le détail de ce travail du médecin pour rassurer le patient dans le cas de Mme Line, qui est suivie depuis sept ans par Françoise Larchet. Quand elle arrive pour sa consultation, elle se montre d'emblée très inquiète, à la fois pour elle et pour son mari, qui n'a pu l'accompagner parce qu'il vient de faire une chute et d'être hospitalisé pour une fracture de la hanche. Il n'accepte pas de faire de la rééducation ; Françoise Larchet insiste fortement sur l'importance qu'il le fasse avant de s'enquérir de l'état de santé de la patiente :

Françoise Larchet : Vous y arrivez toute seule ?

Mme Line : Oui, sauf que j'ai des trous de mémoire.

Françoise Larchet : Et vous, comment allez-vous ?

Mme Line : Pff… comme d'habitude. *Mme Line explique qu'elle* « bousine tout le temps », *qu'elle n'a pas de femme de ménage.*

Françoise Larchet lui demande si elle pense bien à prendre ses médicaments. Mme Line le confirme et redit son inquiétude face à l'évolution de la maladie.

Mme Line : Je suis peureuse, maintenant, j'ai peur de tout. Intérieurement je suis complètement démolie. Ça me perturbe. On est 800 000 *[sous-entendu : 800 000 malades d'Alzheimer en France]*.

Françoise Larchet : Tout le monde ne répond pas si bien au traitement. *(En me regardant)* ça fait sept ans que je la connais.

Mme Line (les larmes aux yeux) : Je pleure parce que ça me perturbe.

Françoise Larchet : Mais vous êtes bien stable. Je vais vous faire travailler.

Mme Line : Ça va pas être brillant.

Françoise Larchet : Vous me dites toujours ça, et en fait ça va.

Encadré 5.12. *Consultation de Mme Line, le 7 mars 2005 (première partie)*

Les questions du MMSE s'enchaînent ; parallèlement, se poursuit l'échange entre le médecin et la patiente. Mme Line questionne le côté enfantin des tests (c'est du niveau « école maternelle ! » dit-elle) et la nécessité de venir les passer tous les six mois, comme ici après avoir effectué l'épreuve des trois mots[11] :

Mme Line : Faire tout ce chemin pour me demander ça ! Comme si je pouvais pas le faire au téléphone !

Françoise Larchet : Au téléphone, on n'a pas le sourire.

Mme Line (avançant la main, tapotant la joue du médecin) : Je vous aime beaucoup, docteur.

Encadré 5.13. *Consultation de Mme Line (deuxième partie)*

Elle redira plus tard : « venir de Paris pour faire ça ! Mais je suis contente de vous voir ». Au moment d'écrire une phrase de manière libre[12], Mme Line a un mouvement de recul. « Ah ! ». Françoise Larchet commente à mon intention, dans un geste de complicité envers Mme Line : « c'est sa hantise. Il y a des fois où elle préparait sa phrase dans la voiture ». Mme Line écrit la phrase : « docteur, croyez-vous vraiment qu'un jour je ressusciterai ? » L'échange continue à la fin des tests et Françoise Larchet s'appuie sur les résultats de Mme Line, sans en donner le détail, pour tenter de la rassurer :

Mme Line : 82 ans, bientôt !

Françoise Larchet : C'est un bel âge.

Mme Line : Si vous le dites […]. Me suicider, mais comment faire… des fois ça me prend. Je sens que je vais être gâteuse, mon père l'a été ! Les cellules se détruisent.

Françoise Larchet : Elles résistent bien, vos petites cellules !

Mme Line : Je serais curieuse de voir l'intérieur d'un crâne. ! (*Françoise Larchet rit*). Vous pouvez pas vous représenter ce que ça fait ! Dans la rue, j'oublie ce que je viens faire. Ça peut arriver qu'on perde la parole ?

Françoise Larchet : Pour l'instant, vous la perdez pas.

11. L'une des questions du MMSE consiste à répéter trois mots (une première fois juste après qu'ils aient été énoncés par le médecin, une seconde fois un peu plus tard).
12. La consigne est : « pouvez-vous m'écrire une phrase, celle que vous voulez ».

Mme Line : Mais ça peut arriver !

Françoise Larchet : Ça peut arriver. Mais ceux qui la perdent, la perdent tout de suite.

Encadré 5.14. *Consultation de Mme Line (troisième partie)*

L'échange revient alors sur les inquiétudes de Mme Line à propos de son mari : pourra-t-il de nouveau marcher ? La rééducation sera-t-elle remboursée ? Se levant pour partir, elle redit que cette situation lui « donne la frousse » et que « ça ne va pas du tout ». Françoise Larchet confirme qu'elle a l'air « toute secouée » suite à la chute de son mari.

Au cours de cette consultation, Françoise Larchet prend en compte les vives inquiétudes de Mme Line à propos de son mari et répond à toutes ses questions sur le sujet – en revanche, elle prend le contrepied des propos alarmistes de Mme Line au sujet de sa maladie d'Alzheimer, en s'appuyant sur les résultats aux tests. Dans ces exemples et toutes les situations similaires que nous avons pu observer, la passation du MMSE et les échanges qu'elle occasionne sont des moyens pour le médecin de maintenir le dialogue avec le patient et/ou les proches, de créer de la confiance et de la continuité dans le suivi. Les tests peuvent aussi être l'occasion pour le médecin de rassurer : rassurer le patient en lui donnant des arguments « scientifiques » pour relativiser sa dégradation, rassurer les membres de la famille et les encourager à maintenir leurs efforts auprès de la personne malade, puisque l'aide apportée par les proches peut être considérée comme l'un des facteurs de la stabilité de l'état du patient. Ces fonctions possibles des tests expliquent que Françoise Larchet continue à faire passer le MMSE y compris aux patients qui sont à un stade avancé de la maladie, à des moments où il n'a pas d'utilité évidente du point de vue du diagnostic des troubles ou de l'adaptation de la prise en charge. Elle revient en entretien sur cette pratique, qui n'est pas partagée par la majorité de ses collègues :

Françoise Larchet : J'écoute tout ce qu'ils disent parce que c'est leur manière de vivre et que c'est une des choses qui est importante, et puis d'un autre côté, je fais une évaluation scientifique que j'essaie de faire rigoureuse, pour justement avoir un parallèle. Puisque de temps en temps, ça les rassure. Ils me disent : « ça va moins bien », et puis quand je leur dis : « ah ben non, parce que sur mes tests c'est bien », ah ben ils sont rassurés, donc ils sont contents. […] Ils ont le sentiment d'être pris au sérieux, pas que d'être écoutés. […] Je pense que ça joue sur le fait que j'ai cinq fois moins de perdus de vue que dans les grandes séries.

Encadré 5.15. *Entretien avec Françoise Larchet, dans son bureau, le 11 décembre 2007 (extrait 2)*

Le soutien apporté par le médecin passe ici par l'objectivation « scientifique » des troubles, qui permet de montrer à l'entourage que ses difficultés quotidiennes croissantes

sont reconnues médicalement – mais aussi d'entretenir courage et espoir en donnant à voir l'évolution de la maladie sous une forme qui n'est pas forcément une dégradation régulière et inéluctable. Cet usage du MMSE rappelle que les outils scientifiques les plus ostensiblement techniques et les évaluations chiffrées peuvent être utilisés par les médecins dans les interactions avec les patients non pas d'une manière simplement formelle, mais pour convaincre et gérer l'incertitude, éviter les situations de crise accentuées par l'angoisse (Ménoret 2007). De plus, l'observation des consultations montre que malgré leur caractère apparemment technique et abstrait, les tests peuvent, dans certains cas comme dans celui de Mme Line, avec leur jeu de questions/réponses prolongé et répétitif d'une consultation sur l'autre, constituer un moment d'échange qui accentue la proximité entre le patient et le médecin, suscitant des remarques d'encouragement, des formes de rapprochement et de contact physique. Cet usage du MMSE rejoint les réflexions sur la façon dont les nouvelles méthodes médicales sont porteuses de nouvelles formes de médiations entre le médecin et le patient, de nouvelles configurations entre savoir médical et modes de contacts avec le patient. Ces réflexions ont été développées récemment à propos d'instruments médicaux qui introduisent un contact physique médecin/patient, comme dans le cas du stéthoscope et des modes de ventilation choisis par les anesthésistes (Schubert 2011). Mais il est intéressant de constater que, de manière plus surprenante, les tests neuropsychologiques, qui n'impliquent pas le contact physique et tendent plutôt à asseoir le médecin dans une posture d'interrogatoire, peuvent être mis au service de la construction de formes nouvelles de proximité et d'échange dans la relation thérapeutique.

Cet usage des tests est également à resituer dans le contexte français contemporain, où une grande majorité des patients atteints de maladie d'Alzheimer sont pris en charge à leur domicile : les services médicaux sont amenés à accompagner sur le long terme des situations à demeure où la prise en charge repose en grande partie sur les proches (Bungener 2004). Le soutien apporté à l'entourage occupe alors une place importante dans le travail médical, et ceci de plus en plus au fur et à mesure de l'avancement de la maladie (Béliard et Sifer 2015). Pour accompagner ces situations, les médecins disposent de ressources et de points d'appui limités, particulièrement dans ces services où les patients sont vus à intervalles espacés (en général tous les six mois) et où les intervenants ne se rendent pas à domicile. Ce contexte permet de comprendre comment des outils professionnels non conçus à cet effet, comme les tests neuropsychologiques, peuvent voir leur usage adapté, en partie détourné et mis au service de la construction d'une relation thérapeutique sur le long terme.

5.3. Conclusion

Les observations relatées dans ce chapitre donnent donc à voir différentes formes d'intrication entre le mouvement d'évaluation diagnostique (faire passer des tests

neuropsychologiques à un patient pour évaluer ses fonctions diagnostiques et nourrir l'établissement d'un diagnostic) et la dynamique nouée dans la consultation entre les professionnels, le patient et les membres de son entourage. Ces intrications se font plus serrées à mesure que le suivi médical s'instaure dans une temporalité longue : l'évaluation des fonctions cognitives est alors prise dans le dialogue avec des proches impliqués au quotidien auprès d'un malade, elle devient le support de négociation de la qualification de l'évolution des troubles, l'occasion pour les proches de rendre compte de difficultés et d'exprimer leurs angoisses, l'occasion pour le médecin de travailler le lien avec les proches, de les alerter sur certains points ou de les rassurer, de les encourager, d'entretenir l'espoir et de lutter contre l'idée démobilisatrice d'une dégradation continue et inéluctable de l'état de santé du patient. Cependant, cette intrication entre l'évaluation diagnostique et la relation nouée entre le médecin, le patient et son entourage est déjà bien présente au moment initial de l'évaluation diagnostique, où les proches sont à la fois sollicités comme informateurs privilégiés et mis en doute, évalués dans leur fiabilité, à la fois en tant qu'observateurs et en tant que futurs aidants de la personne. Ces analyses invitent à ne pas séparer la compréhension des enjeux du moment diagnostique, même s'il est relativement ponctuel, de la dynamique des relations du médecin avec le patient et ses proches sur le long terme, et donc à intégrer la perspective du long terme dans les approches sociologiques du diagnostic.

5.4. Bibliographie

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, APA, Washington.

Béliard, A. (2010), Des familles bouleversées. Aux prises avec le registre diagnostique Alzheimer, PhD thesis, Université Paris 8, Paris.

Béliard, A. and Sifer-Rivière, L. (2015), Les pratiques de double accompagnement des patients et de l'entourage dans les services hospitaliers, in *Alzheimer: préserver ce qui importe. Les "capabilités" dans l'accompagnement à domicile*, Le Galès, C., Bungener, M. and Groupe Capabilités (eds), Presses Universitaires de Rennes, Rennes, 299–326.

Brossard, B. (2013), Jouer sa crédibilité en consultation mémoire. Les personnes âgées face à l'évaluation cognitive, *Sociologie*, 4(1), 1–17.

Bungener, M. (2004), Une gestion des corps malades et vieillissants. Le transfert des activités de soins, in *Le gouvernement des corps*, Fassin, D. and Memmi, M. (eds), Éditions de l'EHESS, Paris, 109–133.

Cette bibliographie est identique à celle de l'ouvrage correspondant en anglais publié par ISTE.

Fainzang, S. (2015), *La relation médecins-malades: information et mensonge*, Presses Universitaires de France, Paris.

Fox, P. (1989), From senility to Alzheimer's disease: The rise of the Alzheimer's disease movement, *The Milbank Quarterly*, 67(1), 58–102.

Jutel, A. and Nettleton, S. (2011), Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities, *Social Science and Medicine,* vol. 73(6), 793–800.

Lyman, K.A. (1989), Bringing the social back in: A critique of the biomedicalization of dementia, *The Gerontologist,* 29(5), 597–605.

Mendelzweig, M.D. (2013), *Performances et défaillances du sujet âgé. Étude anthropologique des recherches sur le vieillissement cérébral*, Georg, Geneva.

Ménoret, M. (2007), Informer mais convaincre: incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie, *Sciences Sociales et Santé*, 25(1), 33–54.

Ngatcha-Ribert, L. (2007), D'un no man's land à une grande cause nationale, *Gérontologie et Société*, 4, 229–247.

Rigaud, A.S. (2002), Symptômes de la maladie d'Alzheimer: point de vue du médecin, *Gérontologie et Société*, 2, 139–150.

Schubert, C. (2011), Making sure. A comparative micro-analysis of diagnostic instruments in medical practice, *Social Science and Medicine*, 73(6), 851–857.

Chapitre 6

Du soin à la prévention des risques : la carrière des tests de dépistage des drogues dans le monde du travail (États-Unis/France)[1]

Tout en s'inscrivant dans la sociologie de l'action publique, cet article propose par le recours à la sociologie des sciences et des techniques, d'éclairer sous un nouvel angle l'étude des politiques de lutte et de prise en charge des addictions. En sciences sociales, quatre grands types d'approche organisent classiquement la connaissance sur cette thématique. D'abord des approches en termes philosophiques, prenant la forme de l'essai littéraire (Hervieu 1993) ou celle de réflexions plus théoriques (Hofstein 2000) sur les liens entre « société » et « addictions ». Ensuite, les approches portant sur les attitudes et les représentations sociales associées à l'usage de substances licites ou illicites, allant des enquêtes sur les comportements addictifs à celles concernant la carrière sociale des toxicomanes (Becker 1985 ; Castel et Benard-Pellen 1998 ; Reynaud-Maurupt *et al.* 2011) ou à l'histoire de la diffusion des drogues (Kokoreff, Coppel et Peraldi 2018). Un troisième type d'approche s'intéresse aux processus politiques, en proposant des analyses géopolitiques sur le trafic et ses régulations (Labrousse 2011), des travaux comparés sur les systèmes de santé publique (Ehrenberg et Mignon 1992) ainsi que des études sur l'évolution des modalités et des catégories de la prise en charge publique

Chapitre rédigé par Renaud CRESPIN.

1. Ce chapitre a été rédigé sur la base d'une partie des données de deux enquêtes collectives : la première, financée par la MILDECA, a été menée avec Dominique Lhuillier et Gladys Lutz sur la prévention des risques associés aux drogues dans le monde du travail (PREVDROG-PRO) ; la seconde, financée par l'ANSES, associe plusieurs équipes de recherche sur la surveillance des risques professionnels incertains (SURIPI).

(Bernat de Celis 1996 ; Bergeron 1999 et 2009 ; Fortané 2010). Enfin, un quatrième type d'approches vise à caractériser les impacts sociaux des consommations (Duprez et Kokoreff 2000) en évaluant, par exemple, les coûts socio-économiques de la prévention, de la répression et des soins (Kopp 2006) ou en discutant des effets juridiques et professionnels de la lutte contre les drogues (Dagognet *et al.* 2000).

Ces approches sont centrées respectivement sur les logiques d'acteurs, d'organisations et d'effets globaux. Nous proposons de développer un autre type d'approche qui se démarque des précédentes en mettant l'accent sur la logique et les effets générés par la mise au point et la mobilisation des instruments et des techniques. L'exemple retenu est celui de la diffusion dans l'espace de l'emploi américain et français des tests biologiques de dépistage des drogues comme outil de lutte contre les risques associés à l'usage de produits illicites. En 2000, on estimait aux États-Unis à 40 millions le nombre de tests réalisés dans le cadre du travail, dont 95 % se sont avérés négatifs (Ozminkovski *et al.* 2001). En 2014, une étude auprès des employeurs américains indiquait que 55 % dépistaient leurs salariés, pourcentage qui s'élevait à 62 % pour les entreprises de plus de 4 000 salariés (HireRight 2014)[2]. En France, il n'existe pas encore de statistique sur la prévalence du dépistage des drogues dans les entreprises. En revanche, le marché des tests de dépistage des drogues, difficile à caractériser dans la mesure où il est lié plus globalement à la vente de réactifs biologiques, est en pleine expansion notamment depuis le milieu des années 2000[3]. Depuis plusieurs années, les médias se font d'ailleurs régulièrement l'écho de la diffusion de ces tests et des pratiques de dépistage dans les entreprises françaises[4]. Comment rendre intelligible le déploiement de ces objets

2. En 2008, on estimait aux États-Unis à 55 millions le nombre de tests réalisés sur des candidats à l'embauche ou des salariés en poste. Ce chiffre inclut également certaines personnes ayant eu affaire avec la justice.

3. Le marché mondial de l'industrie du diagnostic *in vitro* s'est élevé à 27 milliards d'euros en 2007. Le premier marché, celui des États-Unis d'Amérique, représente 10,2 milliards d'euros, soit 38 % du total, le second marché est celui de l'Europe (27 pays), estimé à 9,8 milliards d'euros, soit 36 % du total, le reste du monde et le Japon avec 7 milliards d'euros représentant 26 % de l'ensemble. Au sein de l'Europe, l'Allemagne totalise 21 % des dépenses liées au diagnostic, de leur côté, la France et l'Italie consacrent 16 % des sommes qui lui sont dédiées, ces trois pays constituant les trois marchés les plus importants de la zone. Sur ces questions, voir (Goullé 2009).

4. « Drogue : plaidoyer pour le dépistage sur les lieux de travail », *Le Quotidien du médecin*, 31 mars 1994 ; « EDF instaure un dépistage de la drogue chez les salariés du nucléaire », *Le Monde*, 12 octobre 1996 ; « La peur d'une dérive vers la sélection des salariés », *Le Monde Économie*, 5 novembre 2002 ; « Drogue: "La sanction de l'usage n'a aucune efficacité" », *Libération*, 9 août 2004 ; « Le Cannabis fait peur aux entreprises », *Paris-Match*, 15 décembre 2005 ; « Vers un dépistage de l'usage de drogues au travail », *Le Figaro*, 19 mai 2011 ; « Comment l'employeur pourrait pister la consommation de drogue de ses salariés », *Le Monde*, 13 avril 2012 ; « Drogue au travail: le test salivaire peut être pratiqué par l'employeur », *L'Express-L'entreprise*, 9 octobre 2014.

biologiques dans les mondes du travail américain et français ? Voilà la question à laquelle ce chapitre souhaite apporter quelques éléments de réponse.

En science politique, la place accordée aux objets en tant qu'instrument de politique publique demeure encore faible. Les auteurs les considèrent le plus souvent comme faisant partie des données neutres, inertes dans les situations qu'ils analysent. L'utilitarisme prévaut dans l'appréhension des objets comme instruments d'action publique (Lascoumes 2003). Ils sont disponibles ou pas, sont plus ou moins complexes dans leur utilisation et plus ou moins efficaces dans leurs résultats, enfin, ils sont bien ou mal utilisés par les acteurs. Afin de rompre avec ce regard ordinaire sur les objets techniques, nous procéderons en deux temps. D'abord, il s'agira de tenter d'ouvrir la « boîte noire » de l'innovation. Pour ce faire nous reviendrons dans les années 1960 et 1970 aux États-Unis, période durant laquelle les premiers tests de dépistage des drogues ont été mis au point dans le cadre de dispositifs de soins aux toxicomanes. Puis, dans un second temps, nous éclairerons certaines des dynamiques sociales qui ont rendu possible la circulation et l'appropriation des tests dans l'espace de l'emploi. L'objectif est de montrer que d'abord conçus dans un espace social spécifique, celui du soin aux toxicomanes où l'innovation a été négociée et s'est concrétisée en associant différentes logiques (politique, technique et économique), les tests ont ensuite développé une « carrière » (Bromberger et Chevallier 1999). En effet, en se confrontant et en s'intégrant aux espaces de l'emploi militaire puis civil, les tests se sont transformés et ont enrichi leurs compétences tout en élargissant le champ des acteurs et des instruments avec lesquels ils interagissent. Or, rendre compte de cette socialisation des tests par les espaces de travail américain et français est selon nous indissociable d'une analyse en termes de circulation des techniques. Cette problématique renvoie à une double interrogation.

D'abord sur « ce que sont » et sur « ce qu'on fait » de ces instruments. Depuis une trentaine d'années la question des processus de circulation des techniques a été discutée dans le cadre de travaux qui concilient deux types d'approches : celles qui s'intéressent à leur développement et celles qui relèvent de la mobilisation d'acteurs (Callon 1986 ; Latour 1993). Afin de rendre compte de la circulation des objets, certaines analyses s'intéressent au processus d'innovation, alors entendu comme le résultat socialement construit de l'interaction entre deux systèmes de références, l'un d'ordre technique et l'autre d'ordre social (Akrich 1987). D'autres travaux ont prolongé cette réflexion tout en recentrant le questionnement sur l'articulation entre ce qui relève proprement des objets et ce qui, tant dans leur conception que dans leur circulation, est plus spécifiquement « social » (Desjeux *et al.* 1998). Des recherches ont ainsi insisté sur le rôle central des acteurs technico-scientifiques travaillant à l'interstice de plusieurs espaces de savoirs ou d'expertise (industrie, statistique, administration, etc.) et qui, de ce fait, disposent de ressources plurielles pour élaborer des outils techniques aptes à circuler

dans et entre des mondes différents (Shinn 2000). À l'instar des études réalisées en sociologie des sciences, ces approches ont démontré que la conception de dispositifs et d'objets techniques répond à des déterminations sociales hétérogènes souvent externes à leur sphère d'élaboration (Warnier 1999 ; Blandin 2002).

Ce chapitre déborde le cadre de la sociologie de l'innovation pour traiter la question de la régulation des usages des techniques (Akrich 1990). En effet, si les premiers tests de dépistage des drogues ont été élaborés dans le « laboratoire » new-yorkais d'un médecin et pharmacologue américain pour traiter des patients héroïnomanes, nous faisons l'hypothèse que c'est à la suite de ce « moment constituant » que débute le parcours social de ces instruments. Notre analyse se porte donc également en aval de ce premier espace pour insister sur deux espaces successifs d'activités professionnelles qui, selon des finalités d'usage propres, se sont saisis des tests et ont contribué à leur diffusion élargie ; à savoir, d'une part, l'armée américaine et, d'autre part, l'emploi civil aux États-Unis et en France. En raisonnant en termes de transfert de technologie (Akrich 1989), il s'agit, ainsi que le suggère Laurent Thévenot, de comprendre comment « en changeant de main, les choses changent d'usage » (Thévenot 1993) et développent une carrière sociale (Trompette et Blanco 2009) en s'insérant dans des activités qui, déjà régulées, orientent la dynamique de leur circulation (Crespin et Lascoumes 2000).

Depuis plus d'une quinzaine d'années, la compréhension de la circulation des instruments techniques doit beaucoup à la notion de « traduction » (Callon 1986). Mais les usages multiples de cette notion lui ont quelque peu fait perdre sa consistance initiale (Lascoumes 1996). Nous lui préférerons donc le concept d'appropriation pour décrire les parcours suivis par les tests (Crespin 2014)[5]. Dans son sens courant, la notion d'appro-

5. Ce choix résulte de plusieurs constatations. Premièrement, il fait écho aux limites du concept de « traduction » pour saisir des circulations extensives d'instruments ou d'objets. En effet, dans le cas où l'analyse porte sur des domaines d'activité relativement proches comme la recherche biologique ou le diagnostic clinique, la notion de traduction est envisageable. Elle devient plus problématique dans le cadre d'un élargissement des domaines d'activité de l'instrument, tels que les processus d'action publique. La multiplication des acteurs et l'inégalité de leurs positions rendent difficilement tenable le recours à une notion qui présuppose une proximité des univers dans lesquels évoluent acteurs et instruments. Deuxièmement, le concept de traduction est très lié au processus d'innovation de l'objet-technique. D'une certaine façon, on peut dire que la traduction décrit un processus où se construisent conjointement l'objet et les usages auxquels il est destiné. Dans nos recherches, nous avons affaire à des espaces sociaux fortement stabilisés où l'objet s'insère et potentialise des activités déjà typifiées, plus qu'il ne participe à leur construction. Troisièmement, la plus grande « souplesse » du concept d'appropriation permet d'insister sur les différences entre les processus d'intégration des tests selon les espaces où ils circulent. Dans ce cas, la caractérisation d'une appropriation spécifique à un espace d'activité dépend du choix que cet espace opère parmi les compétences techniques des tests de dépistage des drogues pour répondre à ses exigences d'utilisation propres. La variabilité des appropriations s'explique

priation renvoie à deux approches différentes (Berthet 1998). La première, d'origine juridique, se situe du côté du vol, de l'usurpation voire de l'escroquerie. Selon cette acception, « s'approprier » signifie alors s'attribuer la chose d'un autre en s'en emparant, par exemple par le vol ou la capture. La seconde, d'origine plus philosophique, nous invite à la suite des travaux de William James à considérer l'appropriation comme ce moment particulier qui lie, dans le présent, le passé au futur (Lapoujade 1997). Dès lors, si s'approprier une chose ou un objet, c'est, d'une certaine façon, en hériter, l'acte d'appropriation relève d'un processus dynamique d'interprétation, de mise en sens de cet héritage, qui débouche sur une production singulière voire de l'innovation. Ainsi entendu, le concept d'appropriation rejoint l'emploi qu'en ont fait des sociologues de l'urbanisme comme Lefebvre (1966) ou Bassand (1990), qui le situent du côté de la distanciation, du réinvestissement personnel, de l'emprunt voire de l'imprégnation.

C'est dans cette seconde acception qu'il faut entendre notre recours à ce concept. Lors du processus d'appropriation une attention particulière doit selon nous être portée aux liens qui se nouent entre les tests de dépistage des drogues et d'autres types d'objets, de dispositifs et d'acteurs tout au long de leur « carrière ». Mettre l'accent sur ces « attachements » doit nous permettre de montrer comment la compréhension de la circulation des tests est inséparable d'un questionnement sur les mécanismes d'association qui les lient, par exemple, à des dispositifs de sécurité, d'évaluation, de soins mais aussi d'enquêtes statistiques sur la distribution des usages de drogues dans certains groupes sociaux comme les militaires ou les salariés. Comme invite à le penser le concept d'instrumentation (Lascoumes et Le Galès 2005), le choix de certaines techniques plutôt que d'autres n'est donc pas neutre mais répond à des enjeux normatifs et politiques sur le pouvoir et la façon de l'exercer. Tout en mettant à jour les valeurs qui sous-tendent certains attachements, nous insisterons sur les dispositifs de standardisation (Le Moigne et Ragouet 2012). Ces derniers jouent un rôle essentiel dans l'appropriation des tests car ils permettent non seulement de mettre en lien des techniques avec des usagers et des demandeurs mais aussi d'ajuster l'usage des tests aux régulations techniques et légales qui cadrent le recours aux instruments dans les espaces d'activités où ils sont amenés à circuler. Or, nous verrons que si la standardisation implique des activités métriques et scientifiques, elle suscite également un travail politique d'intéressement et de promotion des techniques de dépistage retenues dans les espaces professionnels américains et français. En ce sens, rendre compte de la carrière sociale des tests de dépistage des drogues dans l'emploi nous conduira à caractériser le travail proprement politique opéré par certains experts situés à l'interstice des espaces judicaire, scientifique, industriel et politique (Shinn 2000 ; Lamy et Shinn 2006).

---

donc à la fois par les propriétés socio-techniques des tests et par les opérations dans lesquelles ils se trouvent insérés.

6.1. De la clinique à la guerre du Viêtnam : innovation et premiers usages

Dans les années 1930, inspirés par le modèle britannique, des médecins américains recommandent que des opiacés soient prescris à certains toxicomanes afin de maintenir et stabiliser leur consommation. Or, cette approche d'inspiration libérale est largement remise en cause après la seconde guerre mondiale lorsque les États-Unis se trouvent confrontés à ce qui est, dès cette époque, désignée comme une « épidémie de drogue », en l'occurrence d'héroïne (Schneider 2008) frappant tout particulièrement les communautés noires des grands centres urbains (Hugues *et al.* 1972). Afin de lutter contre ce phénomène, le gouvernement fédéral choisit de durcir les lois existantes sur la détention et l'usage de drogues en accusant publiquement ces pratiques d'être responsables d'une hausse de la criminalité. C'est tout le sens du *Boggs Act* de 1951 qui systématise notamment les peines de prison pour simple possession de drogues. Hostiles à cette dynamique répressive, deux associations médicales new-yorkaises se prononcent en faveur de programmes de maintenance dont le principe est de fournir, sous contrôle médical, des drogues à leurs consommateurs (King 1957). Pour ces professionnels du soin, les toxicomanes ne commettent des actes délictueux que parce les lois adoptées ont créé un marché noir en criminalisant l'usage (Howe 1955). Après avoir fortement clivé la communauté médicale et les administrations de santé américaines, la controverse sur la portée thérapeutique des programmes de maintenance fait l'objet d'un compromis. Ce dernier permet le lancement d'études expérimentales notamment au sein de la prison-hôpital de Lexington. Dans les années 1960, les villes et les États développent également des politiques de prise en charge des héroïnomanes. En 1963, New York devient ainsi la première ville qui ouvre un programme de traitement de substitution par la méthadone (Joseph *et al.* 2000). Situé à l'origine au *Rockefeller University Hospital*, le projet est financé par les autorités de santé de la ville. La direction est confiée au professeur Vincent Dole et au docteur Marie Nyswander. C'est dans ce cadre hospitalier que sont mis au point les premiers tests de dépistage des drogues.

6.1.1. *Entre soins, ordre social et financement : les premiers dépistages*

En 1963, Vincent Dole a déjà une longue carrière scientifique derrière lui. Biochimiste formé à la médecine et aux mathématiques à l'université de Stanford et à la *Harvard Medical School*, il entre au *Rockefeller University Hospital* en 1941 pour rejoindre l'équipe du professeur Donald Van Slyke qui travaille à la mise au point de procédures et d'instruments de laboratoire à finalité clinique comme les tests d'hémoglobine et de protéines. Dès la fin des années 1940, Vincent Dole oriente ses recherches vers l'obésité et notamment le rôle des protéines dans la prise et la perte de poids. C'est à partir de ces travaux qu'il s'attaque à la fin des années 1950 à la question des drogues.

Réticent aux explications psychologiques et sociologiques, le professeur Dole considère que, à l'instar des obèses, les toxicomanes ont avant tout un problème métabolique, ce qui, selon lui, rend caduques les approches répressives. Il est rejoint sur ce point par le docteur Marie Nyswander qui, médecin-psychiatre à la prison fédérale de Lexington, constate quotidiennement l'échec des traitements par désintoxication (Nyswander 1950). Au début des années 1960, après avoir pris connaissance des résultats du docteur Nyswander, le professeur Dole la contacte afin de développer de nouveaux traitements : ce seront les programmes de méthadone (Hentoff 1968). Pour le professeur Dole et le docteur Nyswander la dépendance à l'héroïne doit être envisagée comme une maladie chronique irréversible du fait de changements métaboliques majeurs induits par l'usage de cette drogue dans l'organisme. Le principe du traitement est de « maintenir » les patients avec des doses de méthadone pour prévenir les symptômes les plus aigus de l'abstinence (Dole et Nyswander 1965 et 1967). En raisonnant par analogie, le professeur Dole fait ainsi l'hypothèse que le besoin de consommer de l'héroïne (*craving*), qu'expriment les toxicomanes, s'apparente à l'envie de nourriture chez les obèses[6].

C'est un changement majeur dans l'approche de la substitution. En effet, jusqu'ici les standards en vigueur pour ce type de traitement stipulaient que la délivrance de produits comme la morphine, la méthadone voire même l'héroïne se fasse en diminuant progressivement les doses afin de désintoxiquer les patients. Or, dans le cadre de ce nouveau traitement, le sevrage n'est plus la finalité première. L'objectif est avant tout de mettre fin au *craving* pour éviter que des comportements asociaux puissent conduire les toxicomanes en prison.

C'est d'ailleurs ce qu'observent et écrivent Dole et Nyswander : suite à une prise de méthadone, les héroïnomanes redeviennent « normaux » et « responsables », ce qui les aident à trouver du travail et à s'insérer dans la société (Dole et Nyswander 1966). Mais les effets de la méthadone ne fonctionnent que pour l'héroïne, il faut donc s'assurer que les patients entrant dans le programme ne prennent pas d'autres drogues. À cette fin, s'appuyant sur ses travaux sur les tests de protéines, Dole met au point, à partir de la technique dite de chromatographie en couche mince (TLC)[7], un test qui permet de repérer dans l'urine des patients les métabolites produites par le corps à la suite d'une éventuelle consommation d'héroïne, d'amphétamine ou de barbiturique (Dole *et al.* 1966). Ce test urinaire, que l'on appelle encore le « Dole test », sert donc d'abord à sélectionner les patients souhaitant participer au programme. Les conditions d'entrée sont d'ailleurs très strictes. Seuls sont acceptés les héroïnomanes, ce qui exclut non seulement les utilisateurs d'autres drogues mais aussi les personnes ayant un passé

6. Envie de nourriture que le professeur Vincent Dole considère comme le symptôme d'une altération métabolique du système nerveux central (Dole 1988).
7. TLC pour *Thin-Layer Chromatography*.

psychiatrique ou celles atteintes d'une maladie métabolique. Une fois autorisés à suivre le programme, les patients sont pendant une période de trois mois dépistés tous les jours, sauf le week-end, puis deux fois par semaine. En fonction des produits repérés, un résultat positif peut entraîner une exclusion du programme.

Si la sélection et le dépistage se justifient pour garantir la réussite clinique du traitement, ces pratiques visent également à en assurer le financement. En effet, dès le départ, les aides de la ville de New York sont conditionnées à une évaluation du programme sur des critères non seulement cliniques mais aussi criminologiques, statistiques et de santé publique. Dole et Nyswander ne sont pas opposés à ce type d'évaluation. Plusieurs raisons l'expliquent. D'abord, pour eux, l'utilité de la méthadone est à la fois médicale et sociale. Il s'agit de mettre fin à l'usage d'héroïne mais aussi aux comportements criminels associés à la recherche de cette drogue (*drug-seeking behavior*) : réduire le crime est donc une des finalités originelles des traitements par la méthadone (Joseph et Dole 1970 ; White 1996). Comme l'écrit le professeur Dole, le succès d'un traitement par la méthadone ne peut être établi qu'à partir du moment où un ancien héroïnomane est devenu « a socially productive and stable member of the community » (Dole et Warner 1967, p. 2004). Ensuite, l'évaluation est pour Dole une ressource stratégique qui doit lui permettre de démontrer la supériorité de son programme sur d'autres types de traitement, en particulier ceux ayant comme horizon la désintoxication qui, selon les études alors disponibles, accusent un fort taux de rechute après que les patients aient quitté les centres de cure. Pour démontrer la plus grande efficacité sociale et médicale de leur programme, deux catégories de données sont fournies par l'équipe de Dole et Nyswander. La première est relative à l'arrêt de la consommation d'héroïne, la seconde, à la réhabilitation sociale des patients. Cette seconde catégorie est, par exemple, construite et renseignée à partir du nombre de contrats de travail, d'inscriptions à l'université ou encore d'extraits vierges de casier judiciaire pour un groupe de patients sur une période donnée. La première catégorie mobilise plus directement les données issues du dépistage. Comme nous l'avons vu précédemment, les patients sont testés avant et pendant leur traitement par méthadone afin de s'assurer qu'ils arrêtent bien leur consommation de produits illégaux. Ces données sont donc utilisées dans le processus d'évaluation. Mais pour renforcer la preuve de la plus grande efficacité de son programme, Dole dépiste également pendant un an les patients qui, après leur sortie du programme, continuent de prendre de la méthadone. Les résultats permettent ainsi de démontrer que les patients sous méthadone ont un taux de rechute plus faible que ceux qui suivent d'autres types de traitement[8].

8. Les tests servant non plus à vérifier si les toxicomanes prennent uniquement de l'héroïne avant le traitement ou seulement de la méthadone pendant celui-ci : dans ce cadre, ils visent plus directement à faire le constat d'une non-prise de drogues illégales après la sortie de l'hôpital.

6.1.2. *Une évaluation propice à la diffusion d'un standard de traitement*

Pour le professeur Dole et son équipe, l'évaluation de leur programme de méthadone s'avère également une ressource pour élaborer un standard applicable à l'ensemble des traitements de la toxicomanie. Dès 1965, lorsque le programme pilote de méthadone est transféré au *Beth Israel Medical Center*, ce standard est formalisé (Joseph *et al.* 2000). Les données sociales sont rationnalisées et intègrent désormais des indications sur la santé physique ainsi qu'un coût moyen par patient. Les pratiques de dépistage systématique sont techniquement simplifiées et font l'objet de procédures standardisées (8 dépistages par an) ce qui facilite l'utilisation des tests par d'autres unités de soins et l'exploitation de leurs résultats possibles par d'autres groupes d'évaluateurs. Dans la seconde moitié des années 1960, le professeur Dole ne manque d'ailleurs pas de faire la promotion des programmes de méthadone et du dépistage auprès des autorités publiques de santé en rappelant sans cesse que les traitements axés sur l'abstinence ne sont pas évalués (Dole et Warner 1967). Dans les années 1970, malgré des critiques parfois vives qui considèrent que le traitement par méthadone consiste à remplacer une addiction par une autre (AMA 1967), ce type de programme se diffuse rapidement dans tous les États-Unis, répandant dans leur sillage les « Dole tests ».

Deux éléments permettent d'éclairer en partie cette dynamique. D'abord, la standardisation du traitement favorise son appropriation dans l'espace médico-sanitaire notamment en simplifiant l'ouverture des cliniques délivrant de la méthadone. Ensuite, à partir de 1969, la capacité des programmes à fournir des données quantifiées sur leur efficacité médicale et sociale trouve un écho favorable dans l'administration fédérale américaine. En effet, si dès 1968, la lutte contre le crime est un thème central de la campagne présidentielle de Richard Nixon, elle devient au cours de sa présidence un enjeu d'autant plus prioritaire qu'il entend jouer sa réélection sur ce terrain (Metlay 2013). Dès 1970, parmi les réformes judiciaires engagées la mise en œuvre des programmes de méthadone dans les prisons américaines devient un instrument prioritaire pour atteindre cet objectif. Les tests servent alors non seulement à contrôler si les détenus toxicomanes prennent bien leur traitement mais aussi à prévenir la récidive puisque certaines libérations conditionnelles dépendent désormais de leurs résultats (Joseph et Dole 1970). C'est également à la fin des années 1960 que la carrière sociale des tests de dépistage des drogues bifurque vers l'espace militaire pour prendre une nouvelle ampleur. En effet, jusqu'ici cantonnés à des usages principalement axés sur le soin aux toxicomanes, l'appropriation des tests par l'armée américaine va non seulement enrichir leurs compétences mais également faire entrer ces outils biologiques dans une logique des grands nombres, nécessitant certains ajustements techniques ainsi que la définition de nouveaux modes d'usage.

6.1.3. *Appropriation militaire : le dépistage comme arme de prévention massive*

Pour l'administration fédérale, le recours au dépistage dans les programmes de méthadone répond certes à l'enjeu de politique interne qu'est la lutte contre le crime découlant de l'usage de drogues, mais cet enjeu n'est pas sans lien avec la politique externe des États-Unis. En effet, au début des 1970, une partie des mobilisations contre la guerre du Viêtnam dénonce les conséquences pernicieuses du conflit sur la jeunesse et la société américaine. En mai 1971, deux députés américains rendent ainsi publics les résultats d'une enquête qui indiquent que 10 à 15 % des soldats engagés au Viêtnam sont dépendants à l'héroïne (Kuzmarov 2009)[9]. Jugés alarmants par les médias, ces résultats font l'objet d'une publicisation d'autant plus forte que les deux députés multiplient les interviews et les conférences de presse. Progressivement, apparaît dans les médias la figure du « vétéran toxicomane » prêt à commettre des crimes et des délits pour assouvir son « irrépressible besoin d'héroïne » (Flamm 2005). Craignant alors que ne s'installe dans l'opinion publique l'idée que la guerre du Viêtnam alimente une « épidémie de drogue » sur le sol américain, l'administration Nixon cherche une solution pour contenir l'usage de l'héroïne à l'extérieur des États-Unis. À la fin de l'année 1971, une solution est trouvée. Elle prend la forme d'un vaste programme de dépistage des forces armées américaines engagées dans le conflit vietnamien : l'opération « golden-flow ». Ce programme est une véritable bifurcation dans la carrière sociale des tests puisqu'il ne s'agit plus de dépister des patients mais des soldats engagés dans une activité rémunérée impliquant des savoir-faire professionnels.

6.1.3.1. *L'opération Golden-Flow*

Dotée d'un budget de 50 millions de dollars, l'opération « golden-flow » est confiée à un pharmacologue et psychiatre, ancien praticien à Lexington, le docteur Jérôme Jaffe. Familier des travaux du professeur Dole et du docteur Nyswander, le docteur Jaffe est un fervent partisan des programmes de méthadone dont il a soutenu le développement lorsqu'il était directeur de la politique de lutte contre les drogues de l'État de l'Illinois. Ce savoir-faire conduit le président Nixon à le charger, au début de l'année 1970, d'un rapport sur les traitements susceptibles de répondre aux enjeux médico-sociaux soulevés par l'épidémie d'héroïne qui frappe de nouveau les États-Unis[10]. Pour le docteur Jaffe, la

9. Dès la fin des années 1960, des études avaient déjà montré que la consommation de drogues illégales était largement répandue parmi les soldats mais ces pratiques concernaient essentiellement la marijuana et n'avaient pas ou peu fait l'objet de publicisation (Black *et al.* 1970 ; Roffman et Sapol 1970 ; Baker 1971).

10. Dans son rapport, le docteur Jaffe dénonce le manque de résultats des approches psychologisantes. Il prône une diversification des traitements et met en avant les traitements par méthadone qui présentent, selon lui, le double avantage de stopper la consommation d'héroïne

toxicomanie est un problème de santé publique qui doit être traité à la fois comme une maladie infectieuse, car elle se diffuse dans la société, et comme une maladie chronique, car elle nécessite un suivi sur le long terme (Hughes *et al.* 1972). En juin 1971, fort de cette approche, il est nommé conseiller spécial du Président sur les drogues au moment où s'engage un retour massif des troupes américaines du Viêtnam. La question est alors de savoir si les milliers de soldats qui ont déjà consommé de l'héroïne vont poursuivre leur consommation sur le territoire national, ce qui fait craindre une augmentation des crimes associés à cette drogue (Robins *et al.* 1974).

Justifiés en termes médicaux, l'opération « golden-flow » consiste à dépister les soldats avant leur retour aux États-Unis pour identifier ceux qui consomment des drogues afin de leur fournir des soins. Les soldats testés positifs sont ensuite orientés vers des centres de soins spécialement créés à cet effet où, après un entretien avec un médecin, ils reçoivent des doses de méthadone pendant 5 à 7 jours avant d'être autorisés à rentrer aux États-Unis pour poursuivre leur traitement. En 1972, l'opération « golden-flow » est renforcée par le *Drug and Alcohol Abuse Prevention and Control Program*. Sans suspicion préalable, des unités entières de l'armée sont testées de façon aléatoire. Si les conséquences disciplinaires d'un résultat positif peuvent aller jusqu'au renvoi de l'armée, plusieurs décisions de justice limitent la systématicité de telles mesures. Ainsi, en 1974, une décision de la Cour Suprême (*United States vs Ruiz*) interdit à l'armée de poursuivre en justice des individus identifiés comme consommateurs de drogues par un programme de dépistage urinaire. La Cour Suprême soutient cette interdiction en considérant qu'un dépistage obligatoire équivaut à forcer un individu à témoigner contre lui-même. Cette décision oblige l'armée à modifier sa politique : une personne dépistée positivement n'est plus simplement « renvoyée », mais « déchargée » ce qui ouvre la possibilité de compensations financières.

6.1.3.2. *Des industries à l'écoute : dynamiques concurrentielles et ajustements techniques*

Lors de ces premiers programmes de dépistage massif, la recherche de drogue était principalement axée sur l'héroïne. Pour autant, l'objectif du département de la Défense (DOD) était de dépister chez les soldats le plus grand éventail possible de drogues. Or, les technologies disponibles limitaient cette ambition. En effet, ces tests reposaient, soit sur la méthode TLC, celle du Dole test, soit sur celle dite *Free Radical Assay Technique* (FRAT), deux techniques qui ne pouvaient repérer dans les urines que les résidus ou les métabolites d'opiacés, de barbituriques ou d'amphétamines. En outre, la TLC, principalement développée pour des usages médicaux, est, à cette époque, capable de repérer des toxicomanies lourdes mais s'avère insuffisamment

chez les patients mais également d'enrayer les comportements délictuels et criminels associés à la recherche de cette drogue (Metlay 2013).

sensible pour détecter des consommations occasionnelles de drogues dont celles de marijuana. Au début des années 1970, afin de pallier ces insuffisances techniques et ainsi répondre à la demande du DOD, plusieurs entreprises pharmaceutiques se lancent dans la mise au point de tests immunologiques à même d'élargir la gamme des drogues détectables et surtout de repérer des consommations de marijuana, drogue dont on sait qu'elle est la plus consommée dans les forces armées. Pour ce faire, la compagnie Roche développe rapidement un test par radio-immunologie (RIA) appelé Abuscreen. Elle est suivie par l'entreprise Syva qui, en 1972, propose un test par immuno-analyse, dit EMIT (Walsh et Trumble 1991). La concurrence entre ces deux firmes est forte sur un marché militaire qui représente près d'un million de tests par mois. En 1974, l'armée commence à utiliser l'Abuscreen mais c'est Syva qui emporte la plus importante part du marché grâce à une version du test EMIT directement utilisable sur les navires (Morgan et Puder 1989).

À partir de 1975, les tests immunologiques supplantent rapidement les autres techniques. Plusieurs raisons l'expliquent. D'abord, ces nouveaux tests fonctionnent sur le principe d'une réaction anticorps-antigène qui parce qu'elle est simple à interpréter ne requiert pas de compétences professionnelles particulières. Ensuite, les tests immunologiques sont automatisables. Les échantillons d'urine peuvent donc être analysés plus rapidement pour un coût moindre puisqu'un seul technicien peut effectuer jusqu'à 200 tests par jour pour moins de 100 avec une TLC. Enfin, les tests immunologiques offrent une certaine plasticité qui leur permet de les ajuster aux exigences spécifiques des utilisateurs et des clients. Ainsi, dans la seconde moitié des années 1970, des tests simples se présentant sous la forme de kits facilement utilisables et économiquement abordables sont mis sur le marché. Ces évolutions simplifient progressivement la réalisation de programmes de dépistage à grande échelle pour une dizaine de produits (cocaïne, héroïne, marijuana, amphétamines, etc.). Au début des années 1980, sur un marché de l'analyse biologique en pleine expansion, l'offre de dépistage des drogues devient de plus en plus compétitive. Elle associe généralement des tests immunologiques performants avec des procédures de confirmation (chromatographie et spectrométrie), destinées à assurer la fiabilité des résultats pour un prix en constante baisse.

6.1.3.3. *Massification et débordements : standardiser les procédures*

Le début des années 1980 marque également une relance et une extension de la lutte contre l'usage de drogues dans les forces armées par le département de la Défense (DOD). Cette dynamique débute en 1980 lorsqu'une vaste enquête est menée pour mesurer la prévalence de l'usage de drogues au sein des troupes américaines stationnées dans le monde. Les résultats indiquent que 48 % des personnels en exercice déclarent avoir consommé de la marijuana au cours des 30 derniers jours et 20 % durant leur

service (Burt *et al.* 1980). Ces conclusions mettent rapidement fin aux programmes de dépistage axés sur les soins et amorcent une nouvelle orientation plus disciplinaire de l'usage des tests. Celle-ci trouve une nouvelle justification avec l'accident du porte-avion Nimitz en mai 1981. Lors d'une opération de nuit au large de la Floride, un avion s'écrase sur le pont d'atterrissage. Le bilan humain et matériel est lourd : 14 morts, 48 blessés et 300 millions de dollars de dégâts. Les autopsies demandées par les compagnies d'assurances révèlent la présence de cannabis dans le sang de neuf membres d'équipage décédés sur le pont (Mulloy 1991). L'attitude de l'armée est alors paradoxale. Si la navale américaine dément que l'accident soit lié à la prise de drogues, ce que confirmeront les investigations ultérieures, dans le même temps le DOD engage une vaste campagne contre l'usage de drogues en durcissant les conséquences d'un résultat positif. L'usage des tests est encouragé dans le cadre de programmes obligatoires et aléatoires et, en cas de résultat positif, les mesures disciplinaires allant jusqu'au renvoi de l'armée sont réintroduites. Entre 1980 et 1984, le nombre de tests réalisés augmente de façon vertigineuse. En 1985, 2,4 millions de tests seront effectués par le DOD, pour atteindre 3 millions en 1986 pour un coût estimé à près de 53 millions de dollars. En 1983, plus de 100 000 personnes dépistées positivement sont renvoyées pour « raisons disciplinaires » sans pouvoir prétendre à des compensations financières.

Mais dès 1982, plusieurs responsables militaires contestent la validité de ces dépistages et pointent les failles dans les méthodes de collecte et d'analyse des échantillons d'urine. En 1983, l'armée est ainsi contrainte d'annuler plus de 1 000 procédures disciplinaires. En décembre de la même année, une commission est chargée d'enquêter sur les procédures techniques utilisées par les laboratoires militaires. En 1984, un rapport accablant est rendu public (Einsel Commission Report 1983). D'abord, les laboratoires militaires n'étaient pas prêts à prendre en charge l'afflux massif de tests qu'impliquait la nouvelle politique de dépistage du DOD. Ensuite, tout en soulignant que les personnels techniques étaient insuffisamment nombreux et formés, le rapport indique que les procédures et les chaînes de qualité, lorsqu'elles existaient, ne répondaient pas aux normes médico-légales en particulier pour la confirmation des résultats (Irving 1988). Finalement, ce sont plus de 10 000 personnes qui doivent être dédommagées pour licenciement abusif ou réintégrées dans l'armée. Pour autant, loin de mettre fin au dépistage de masse, le travail de cette commission conduit à une révision des procédures techniques sur le modèle des normes médico-légales en vigueur pour le monde civil.

Fin 1985, l'ensemble des procédures est standardisé. Le choix des tests immunologiques utilisés est arrêté et leur seuil de positivité fixé réglementairement. S'ils s'avèrent positifs les résultats de ces tests de « screening » doivent être validés par les méthodes de confirmation que sont les techniques de chromatographie gazeuse et de spectrométrie de masse. Le DOD investit dans ces appareillages coûteux et doit aussi recruter et former des toxicologues afin de définir et de contrôler des chaînes de qualité

strictes visant à garantir des résultats identiques quelque soit les laboratoires d'analyse militaires effectuant les dépistages. Cette normalisation des pratiques militaires va avoir des conséquences importantes sur la diffusion du dépistage des drogues. En effet, en alignant les procédures de dépistage sur celle du monde civil, la commission Einsel met certes fin à l'exception militaire mais rend également possible l'appropriation des tests dans d'autres secteurs d'activités. En ce sens, cette commission a joué un rôle décisif dans la diffusion massive et rapide du dépistage dans les entreprises américaines au cours de la seconde moitié des années 1980. Si avant 1985, les pratiques de dépistage étaient quasi inexistantes, en 1988, les employeurs des secteurs privé et public avaient testé 8 millions de salariés, 13 millions en 1990, 22 millions en 1992 et près de 30 millions en 1996 (Smith 1996). En 1992, une étude de l'*American Management Association* (AMA) indiquait que le nombre de tests de dépistage réalisés avait augmenté de 250 % entre 1987 et 1992 (AMA 1992). Sans céder à une forme de déterminisme technique, comment rendre compte de l'ampleur de ce déploiement ?

6.1.4. *Extension du domaine du dépistage : l'emploi civil américain*

Pour répondre à cette question, l'approche par les processus d'instrumentation de l'action publique nous invite à revenir sur la façon dont le dépistage a pu apparaître comme une solution incontournable pour répondre aux problèmes posés par l'usage de drogues dans les entreprises américaines (Crespin 2009). Pour commencer, rappelons que jusqu'aux années 1980, le questionnement comme la prise en compte des conséquences de l'usage de drogues sur le travail restent très marginaux, l'essentiel de l'action publique se concentrant sur la prévention des conduites alcooliques qui, par leur ampleur, est l'enjeu prioritaire de santé et de sécurité au travail (Trice et Roman 1978). Dès lors comment rendre intelligible d'un brusque changement dans les priorités de l'action publique ? Selon nous, s'intéresser au couplage entre la définition publique du problème et la solution du dépistage (Snow et Bendford 2000 ; Gilbert et Henry 2009) permet d'apporter quelques éléments de réponse.

Rappelons d'abord qu'à l'instar d'autres dispositifs de management, le dépistage a une visée à la fois de surveillance et de contrôle des comportements des salariés. En effet, parce qu'il représente un investissement économique et humain, tout salarié fait l'objet de procédures visant à repérer et à écarter d'éventuels risques pour le fonctionnement « normal » d'une entreprise. En ce sens, porter notre attention sur la définition publique du problème des drogues au travail implique deux niveaux d'analyse. Le premier est d'ordre général. Il s'agit de se demander comment à une époque et sur un territoire donné se trouve conçue et menée l'action publique en direction de l'emploi, et cela en fonction notamment d'un état des rapports de force entre différentes options politiques et économiques. Le second niveau est celui de la définition donnée au problème.

Ce qui nous invite ici à mettre l'accent sur un aspect essentiel qui est celui des expertises et des savoirs mobilisés pour traduire en risques économiques les usages de drogues par les salariés. Nous aborderons successivement ces deux niveaux.

6.1.4.1. *Dépister les salariés : une solution politique*

Les années 1980 sont marquées aux États-Unis par une gestion conservatrice d'un certain nombre de problèmes sociaux. La présidence de Ronald Reagan se veut ainsi fidèle à un électorat sensible à la restauration des « valeurs familiales traditionnelles » (Reinarman 1988). Dès sa prise de mandat, l'administration Reagan se lance ainsi dans un travail de refondation de l'action publique sur la base d'une idéologie dont un axiome central stipule que les problèmes sociaux sont la conséquence de choix individuels, et notamment de choix moraux (Ryan 1976). Si le rappel permanent de cet axiome permet de discréditer publiquement les recherches menées depuis les années 1950 sur les origines structurelles des inégalités sociales, il conduit également à redéfinir les personnes les plus socialement démunies comme les seules responsables de leurs difficultés. Transposé aux problèmes posés par les drogues, ce « déni du social » permet d'affirmer que les individus ne se droguent pas parce qu'ils sont au chômage, pauvres ou même aliénés, mais qu'ils sont au chômage, pauvres et aliénés parce qu'ils consomment des drogues, ce qui est entendu comme le signe de leur faiblesse morale (Gusfield 1996).

Dans la période de récession économique que traversent les États-Unis, cette figure du drogué revêt ainsi tous les attributs du bouc-émissaire pour rendre compte des difficultés rencontrées par les entreprises. Ainsi, pour certains économistes, cette récession est moins liée à des choix d'investissements financiers à court terme qu'au fait que des salariés consomment des drogues, comportement jugé extrêmement coûteux pour la productivité américaine. Mais, si elle s'inscrit donc dans un contexte politique et idéologique spécifique, la définition publique du problème des drogues au travail prend également appui sur une production importante de chiffres et d'expertises. Ces derniers « traduisent », d'une part, l'usage de drogues en symptômes économiques et, d'autre part, présentent le dépistage comme la solution face aux risques que les salariés consommant des drogues font courir à la productivité et la sécurité de la force de travail américaine.

6.1.4.2. *Les entreprises américaines au risque de la guerre à la drogue*

Au cours des années 1980, les médias traitent le problème de la « drogue au travail » en rendant compte des programmes de dépistage menés par de grandes entreprises comme General Motors, IBM ou Mobil. L'idée défendue est que les consommateurs de drogues, davantage sujets à l'absentéisme et aux accidents du travail, seraient à l'origine d'une « crise de productivité » de l'économie américaine (Castro 1986). Or, à cette époque, il n'existe pas de statistiques précises sur le nombre et la composition sociale de

la population consommatrice de drogues puisque les premières estimations datent des années 1990. Ces dernières ne montrent d'ailleurs aucun accroissement brusque de cette population dans les années 1980 mais plutôt une augmentation régulière depuis les années 1960 (NIDA 1991 ; Treaster 1992). Des études complémentaires indiquent même une stabilisation de la consommation dans les années 1980, après un pic situé en 1979 (SAMSHA 1993). Concernant l'emploi, les données disponibles proviennent d'études fondées sur des méthodologies hétérogènes se prêtant à des déformations souvent peu scrupuleuses. Ainsi, en 1982, le *National Institute on Drug Abuse* estime que 3 à 5 % des salariés consomment régulièrement des drogues (NIDA 1991). Une autre étude de 1986, menée à partir des appels de la ligne téléphonique 800-Cocaine, indique que 75 % des personnes déclarent consommer occasionnellement de la cocaïne au travail, 69 % régulièrement et 25 % quotidiennement. Ce sont sur ces chiffres que se fondent les discours alarmistes sur les drogues au travail qu'on retrouve dans les médias. Outre le problème de productivité, l'accent est également mis sur le fait que consommer des drogues porterait atteinte à la sécurité des entreprises et des salariés. Sur ce point, l'étude de référence est celle menée par P. Bensinger au début des années 1980. Or, cet ancien directeur de la *Drug Enforcement Administration* (DEA) dirige également une société – Dupont, Bensinger and Associates – qui deviendra l'un des principaux fournisseurs des entreprises américaines en matière de programmes de dépistage. La stratégie promotionnelle de son entreprise se fonde sur l'argument selon lequel le dépistage est en mesure d'améliorer la sécurité au travail (Guerrero 1997).

En plus de ces expertises détournées ou promotionnelles, des recherches plus académiques ont utilisé des tests de dépistage dans le cadre d'études statistiques pour évaluer l'influence de la consommation de drogues sur les accidents du travail et/ou l'absentéisme des salariés (Normand *et al.* 1994). Or, aucun de ces travaux n'est réellement concluant car les tests ne permettent pas d'établir de lien de causalité puisque, contrairement à l'alcool, il n'existe pas pour les drogues de relation documentée entre une quantité absorbée et un niveau d'altération des facultés psychomotrices. De fait, tout en s'avérant incapables de répondre aux problèmes qu'elles posent, ces études académiques réduisent l'explication à la seule consommation de produits et écartent d'autres variables liées, par exemple, aux conditions de travail : à rebours de ce type d'analyse, il semble raisonnable de penser que des horaires décalés, des tensions hiérarchiques ou une augmentation des cadences puissent induire de l'absentéisme, des accidents voire initier en propre une consommation de drogues. Mais de telles relations sont très complexes à établir car elles nécessitent de pouvoir mener des enquêtes approfondies au sein des entreprises (Martin *et al.* 1992). De fait, dans les années 1980, les approches dominantes sont celles qui montrent que l'usage de drogues par les salariés dépend davantage de leur profil psychosocial que des situations concrètes de travail (Newcomb 1988 ; Harris et Heft 1992). D'une façon générale, ces savoirs chiffrés, soit parce qu'ils se focalisent sur les produits consommés, soit parce qu'ils évacuent les

conditions de travail, ont tendance à renforcer la définition du problème posé par les drogues au travail dans les termes d'un défaut de comportement et de responsabilité individuelle. Par là même, ces expertises tendent à légitimer les politiques de dépistage comme solution pour repérer et identifier ces « individus déviants ». Pour autant, caractériser les conditions sociales et politiques du recours au dépistage n'épuise pas la compréhension de l'étendue de son déploiement ni de son ancrage dans des espaces d'activités aussi hétérogènes que le secteur public et les entreprises privées américaines.

6.1.4.3. *Quand le dépistage devient la norme*

Pour saisir cette permanence du dépistage, il convient d'interroger la capacité de ces instruments à naturaliser, par les usages dont ils font l'objet, les contours des problèmes qu'ils sont amenés à traiter. Cette naturalisation résulte notamment de la loi et du droit. Ainsi, au cours des années 1980 et 1990, le gouvernement américain a adopté une série de normes pour inciter les entreprises à adopter des programmes de dépistage. Trois modèles de régulation favorisent le recours à ces instruments.

Il est question d'abord d'un modèle axiologique qui prône comme valeur l'idée d'une administration fédérale « libérée de la drogue ». C'est le sens de l'*Executive Order 12564* signé en septembre 1986 par le président Reagan dont l'objectif est de généraliser le dépistage des employés fédéraux. Pour ce faire, ce décret exige des agences fédérales qu'elles dépistent, volontairement ou systématiquement, les employés occupant des postes dits « sensibles ». Si la définition de ces postes relève des différentes directions administratives, elle doit inclure les fonctions « d'application de la loi, de sécurité nationale, de protection de la vie ou de la propriété, de santé publique ou toute autre fonction exigeant un haut degré de confiance ». En outre, les employés fédéraux qui sont suspectés d'avoir consommé des drogues, à la suite d'un accident par exemple, doivent être systématiquement dépistés comme le sont également ceux qui réintègrent leur travail après une cure de désintoxication. Enfin, le décret autorise le dépistage des postulants à un emploi fédéral. Tout résultat positif entraîne un refus d'embauche et, pour les employés en poste, des mesures disciplinaires (suspension, reclassement, obligation de soins, licenciement). En novembre 1988, un modèle contractuel incitatif donne une nouvelle impulsion à la diffusion du dépistage dans l'emploi. Le *Drug-Free Workplace Act* exige des employeurs souhaitant passer un contrat avec l'État Fédéral pour un montant supérieur à 25 000 $ qu'ils certifient que leurs entreprises sont « exemptes de drogues ». En cas d'infraction, ces entreprises risquent jusqu'à 5 ans d'exclusion des marchés fédéraux alors que la sanction n'est que de 2 ans pour les clauses ne portant pas sur les drogues. Plusieurs enquêtes montrent que ces exigences contractuelles ont accéléré la diffusion du dépistage dans les entreprises. En 1990, une étude de la *Manufacturers' Alliance for Productivity and Innovation* conduite auprès de 130 entreprises indique ainsi que 64 % d'entre elles ont adopté des programmes de dépistage à la suite de la loi. En outre, cette loi a conduit 34 % des entreprises qui menaient déjà des

programmes de dépistage à les renforcer en ciblant non seulement les candidats à l'embauche mais aussi les employés déjà en poste. En 1996, cette tendance est confirmée par l'*American Management Association* (1996). Pour autant, ces enquêtes n'interviennent qu'après l'adoption du dépistage. Les réponses en termes d'exigences contractuelles doivent donc être entendues avant tout comme des justifications permettant *a posteriori* de rationaliser le choix des entreprises pour le dépistage. En effet, à cette époque des alternatives existent qui permettent également de répondre aux normes fédérales. C'est le cas des *Employee Assistant Programs* (EAP) qui sont des dispositifs de prévention fondés sur une démarche éducative privilégiant le dialogue avec les salariés consommant des drogues. Mais ces dispositifs sont plus coûteux et plus difficiles à mettre en œuvre que le dépistage. De plus, dans un contexte de forte stigmatisation des consommateurs de drogues, les EAP nuisent à l'image des entreprises puisque, culturellement, la réponse punitive prévaut (Sonnensthul 2003). Mais, paradoxalement, ce climat répressif ne conduit pas à la disparition des EPA mais à l'intégration du dépistage dans la gamme des services que ces dispositifs proposent aux entreprises. En effet, après s'être longtemps opposés au dépistage, les syndicats qui siègent dans les comités de coordination des EPA ont fini par l'accepter à condition qu'il soit utilisé, non pas dans une seule logique de contrôle et de sanction, mais également dans une logique d'accès aux soins. En ce sens, le *Drug Free Workplace Act* de 1998 a été décisif pour la diffusion du dépistage dans les entreprises. Très précise sur les obligations des employeurs en matière d'information et de soins, cette loi a largement contribué à canaliser l'opposition syndicale (Jacobs et Zimmer 1991).

Enfin, on peut caractériser un modèle contraignant qui oblige certains secteurs d'activités à dépister leurs salariés. C'est le cas de l'*Omnibus Transportation Employee Testing Act* qui, signé en octobre 1991 par le premier président Bush, oblige les entreprises de transport à effectuer, dans le cadre des examens d'aptitude, un dépistage des drogues et de l'alcool auprès des employés et des candidats à l'embauche. Ces différents textes ont certes favorisé la diffusion du dépistage mais aussi suscité de nombreuses mobilisations critiques, certaines ayant même dénoncé une forme de maccartisme biologique (Lundberg 1986). Mais ces arguments éthiques et moraux n'ont eu que peu d'incidences concrètes sur le déploiement du dépistage dans l'emploi et cela contrairement aux formes de contestation qui se sont développées dans l'espace judiciaire.

6.1.4.4. *Les paradoxes de la critique : standardisation technique et justesse du dépistage*

En effet, au cours des années 1980, les employés fédéraux comme ceux du secteur privé ont multiplié les procès pour contester la légalité de certains programmes de dépistage, principalement ceux systématiques et obligatoires, au motif qu'ils étaient attentatoires à la vie privée. Mais les jugements rendus ont plutôt restreint l'étendue de ce

type de protection (Giglio 1995). En 1989, deux décisions de la Cour Suprême confirment ces restrictions en jugeant conforme à la Constitution les programmes de dépistage menés par l'État Fédéral si des raisons de sécurité (*Skinner v. Railway Labor Executives Association* 1989) ou d'intégrité des employés fédéraux (*National Treasury Employees Union v. Von Raab* 1989) les justifient. Si ces deux décisions confortent la jurisprudence existante qui reconnaissait déjà la légalité des dépistages réalisés après une suspicion préalable de consommation ou à la suite d'un accident du travail, elles rendent aussi possibles les tests effectués de façon aléatoire, sans motif ou suspicion préalable, lorsqu'ils sont motivés par des impératifs de santé publique ou de sûreté nationale (*National Federation of Federal Employees v. Cheney*). Les procès intentés ont donc paradoxalement abouti à étendre le recours au dépistage en définissant les formes légales mais aussi techniques de sa mise en œuvre.

Si les procès et les régulations fédérales ont ainsi favorisé l'implantation du dépistage dans les entreprises, ils l'ont également rendu matériellement réalisable en définissant les procédures techniques devant garantir la fiabilité des résultats des tests. L'expérience militaire a été sur ce point décisive puisque les normes de laboratoire et les guides de bonnes pratiques établies par la commission Einsel ont servi de modèle pour les procédures standards du monde civil. Nombre d'employeurs les ont d'ailleurs adoptées afin d'éviter le risque de faux-positifs mais aussi pour limiter les recours en justice. De fait, à la fin des années 1980, les conditions de réalisation des tests font l'objet d'un ensemble de régulations et de normes techniques et légales qui doivent en garantir la fiabilité, validité et sécurité depuis le recueil des échantillons jusqu'à la remise des résultats. Cette dynamique d'ajustement normatif suscite de nouvelles activités bureaucratiques et professionnelles. Ainsi, l'accès aux laboratoires doit dorénavant se faire par des portes blindées et seuls des personnels dûment accrédités peuvent y avoir accès. De plus, les laboratoires qui souhaitent se lancer dans le dépistage de drogues doivent désormais faire l'objet d'une certification préalable par des instances professionnelles comme l'*American Association for Clinical Chemistry* ou l'*American Board of Forensic Toxicology*. Enfin, en cas de tests positifs, il revient à un médecin ayant une formation spécifique (*medical review officer*) de contacter directement l'employé pour lui remettre le résultat. Il s'agit alors surtout de vérifier si ce résultat ne provient pas d'une réaction croisée avec un produit légal.

6.1.4.5. *Le monde du dépistage américain : les entreprises pharmaceutiques au cœur d'un marché prospère*

Si en 1982, moins de 5 % des plus importantes compagnies américaines dépistaient leurs salariés, ce pourcentage s'élevait à 95 % en 1995 (Ambrose 2000). En 2004, l'AMA indiquait que 63 % des entreprises participant à leur enquête avaient mis en place un programme de dépistage des salariés et/ou des postulants en 1991 : elles étaient 81 % en 1996 et 62 % en 2004 (AMA 2004). En 2000, on estimait que le nombre de tests

réalisés chaque année dans l'emploi approchait les 40 millions, dont 95 % s'avéraient négatifs (Ozminkovski *et al.* 2001)[11]. Estimé à environ 300 millions de dollars à la fin des années 1980, le marché du dépistage des drogues a connu une croissance exponentielle dans les années 1990 (Skrzycki 1990). En 1998, une étude évaluait que les États-Unis dépensaient chaque année environ 1 milliard de dollars pour tester les salariés des secteurs privé et public (Shepard et Clifton 1998). En 2002, une autre étude sur le marché américain du dépistage des drogues faisait état d'un taux de croissance de 5,4 % par an, pour une projection à 1,3 milliard en 2007 et à 2 milliards de dollars en 2014. À cette date, le marché européen était, quant à lui, estimé à environ 446 millions de dollars (BBC Research 2002). En mars 2015, le cabinet de prévisions économiques BBC Research spécialisé sur les marchés des produits scientifiques et technologiques appréciait le marché mondial du dépistage des drogues à hauteur de 2,8 milliards de dollars avec une projection à 3,5 milliards en 2019 (BCC Research 2015)[12].

Outre l'importance financière de ce marché, ces chiffres nous apprennent également que le marché du dépistage ne se réduit pas à la seule vente de tests mais qu'il recouvre également tout un ensemble de services qui soutient et rend concrètement possible l'offre de dépistage. À partir des années 1980, c'est ainsi tout un monde, composé de laboratoires d'analyses, d'entreprises pharmaceutiques, de cabinets de conseil, de juristes spécialisés, d'agences de régulation et de certification qui prend progressivement forme avec la diffusion des pratiques de dépistage des drogues dans les entreprises américaines. À la fin de la décennie 1980 et plus encore au début des années 1990, les relations et les échanges entre les différents acteurs du monde du dépistage des drogues se sont densifiées et stabilisées. C'est par exemple à cette période que les compagnies pharmaceutiques ont établi des liens contractuels avec des laboratoires d'analyse pour que leurs tests de *screening* soient ajustés aux procédures technico-légales garantissant la fiabilité des dépistages. Des accords techniques et commerciaux ont également été établis pour que les tests de *screening* soient compatibles avec les appareils de confirmation vendus par des firmes comme Olympus ou Hitachi. Les services postaux américains n'ont pas été en reste puisqu'ils se sont également adaptés aux exigences légales et techniques pour pouvoir transporter les échantillons d'urine depuis les entreprises jusqu'aux laboratoires. Des fabricants de plastique se sont aussi lancés dans la production de récipients d'urine qui répondent aux normes fédérales. Enfin, des agences de publicité ont développé tout un savoir-faire et une rhétorique de promotion de ces différents services. Comme le rappellent Zimmer et Jacobs (1992), les compagnies

11. Aujourd'hui, le dépistage s'étend à l'ensemble des métiers du transport (cheminot, transport scolaire, pilote de ligne, etc.). Dans les années 2000, pour la seule industrie des transporteurs routiers, le dépistage concernait plus de 6 millions d'employés pour un coût annuel estimé à près de 250 millions de dollars (Jacobson 2003).
12. À titre indicatif, aux États-Unis, la *Drug and Alcohol Testing Industry Association* (DATIA) regroupe plus de 1 200 entreprises.

pharmaceutiques ont rapidement occupé une place stratégique dans ce monde du dépistage puisque ce sont elles qui non seulement produisent les réactifs biologiques et les kits de dépistage mais qui interviennent également dans l'élaboration des procédures pour que leurs tests fonctionnent avec les technologies de confirmation assurant la légalité des résultats. Très rapidement la compétition a été forte. Si dans les années 1980, une douzaine d'entreprises se battaient sur le marché du dépistage des drogues, au début des années 1990, elles n'étaient plus que trois à détenir près de 75 % du marché : Syva, Hoffmann-La Roche et Abbott (Hale et Hale 1989).

6.2. Réguler et standardiser : la domestication européenne du dépistage des drogues

Cette concurrence conduit, dès la fin des années 1980, les entreprises pharmaceutiques à rechercher de nouveaux marchés. En Europe, le monde du travail est alors une des cibles privilégiées. Mais un tel marché ne se décrète pas, il se construit dans et par les relations que nouent des entreprises avec des autorités, notamment publiques (Fligstein 2001). Tout un répertoire de stratégies peut alors être mobilisé pour faire valoir l'intérêt d'un produit pharmaceutique redéfini en solution publique de lutte contre l'abus de drogues dans les entreprises. Si nous reviendrons sur certaines de ces stratégies d'intéressement, deux dynamiques peuvent être d'ores et déjà distinguées pour caractériser les ajustements normatifs, politiques et techniques nécessaires au déploiement du dépistage des drogues dans les entreprises européennes. La première dynamique est nationale. Elle relève de la régulation publique des tests de *screening* dont la qualité technique et les usages éventuels sont évalués à l'aune des normes éthiques et juridiques qui cadrent les espaces de travail (Crespin 2011). La seconde dynamique est, quant à elle, transnationale. Elle implique des réseaux internationaux d'acteurs composés d'industriels, d'experts en toxicologie et en pharmacologie, d'instances nationales, publiques ou privées qui concourent par un travail en commun à formaliser pour l'Europe des standards afin que les tests de *screening* puissent être effectivement utilisés dans les différents pays de l'Union.

6.2.1. *Acclimater les tests aux normes du travail : un clivage dans les régulations françaises*

En France, la régulation des usages des tests débute à la fin des années 1980. Ce processus fait suite à l'organisation par la firme Syva-bioMérieux à Paris en janvier 1989 d'une conférence intitulée « The detection of drug addictions », traduite par « le dépistage des toxicomanies ». Cette conférence axée sur la problématique des drogues au travail, en aborde plusieurs aspects : les effets des drogues sur le comportement sont traités par un psychiatre de l'hôpital Saint-Anne ; les aspects techniques du dépistage

sont confiés à une pharmacienne et toxicologue de l'hôpital Fernand-Widal ; la dimension juridique à un avocat conseil ; enfin, la question du rôle du médecin à un inspecteur du travail. Ces communications expertes sont complétées par celles de deux entreprises – la SNECMA et Air-Inter – qui relatent leurs expériences en matière de gestion de la toxicomanie et de dépistage des drogues. Enfin, la conférence se termine par une présentation du directeur général de Syva-bioMérieux en faveur d'une charte pour la mise en œuvre d'une politique de dépistage des toxicomanies en entreprise. Adressé aux pouvoirs publics français, ce document, dont l'objectif affiché est de garantir un « bon usage » des procédures de dépistage pour les entreprises souhaitant « se préserver des risques générés par l'usage des drogues illicites », est directement transmis à la mission interministérielle de lutte contre les toxicomanies (MILDT).

Deux organismes publics vont alors se prononcer sur les conditions d'usage des tests dans le milieu professionnel français. Saisi par la MILDT, le Conseil consultatif national d'éthique (CCNE) est le premier organisme à se prononcer dans un avis d'octobre 1989 (CCNE 1989). Deux rapports composent cet avis : l'un est de facture scientifique, l'autre de nature éthique. D'emblée, le rapport scientifique fait état de plusieurs manques significatifs d'information sur la composition du groupe d'experts ayant formulé la charte et sur la désignation des entreprises comme des sujets à risques. Le rapport relève, par ailleurs, la faiblesse des données transmises sur les aspects techniques des tests de dépistage envisagés. En outre, le rapport suspecte que derrière la charte se cache un « enjeu commercial de grande envergure » et s'inquiète des risques de discrimination à l'encontre des salariés toxicomanes. Pour ces raisons, un complément d'information est demandé à Syva-bioMérieux ainsi qu'un nouvel avis scientifique. Ce dernier est rédigé par le professeur Bourdon responsable du laboratoire de biochimie-toxicologie de l'hôpital Fernand-Widal qui pratique les procédures de confirmation des premiers dépistages urinaires réalisés par de grandes entreprises françaises (SNCF, SNECMA et Air France). La demande d'information complémentaire fait rapidement l'objet d'une réponse de Syva-bioMérieux qui confirme l'importance de l'enjeu commercial et la concurrence prochaine d'autres entreprises pharmaceutiques comme Abbott ou Dupont de Nemours sur un marché européen qui s'avère « prometteur » puisque plusieurs pays seraient sur le point d'adopter des politiques de dépistage systématique des salariés.

Abordant également la question de « la nature des drogues » pouvant être dépistées, le rapport scientifique dresse un tableau de symptômes et propose des explications sur la dangerosité des drogues selon les catégories sociales concernées. Ainsi, le cannabis serait « en considérable expansion, principalement chez les 15-20 ans et dans les classes sociales défavorisées » avec « deux foyers majeurs, la région parisienne et la région marseillaise » où dans certaines écoles on peut lire que « 50 à 70 % des élèves » prendraient de la « drogue […] au moins occasionnellement » ; le nombre total de consommateurs est quant à lui estimé à environ « 1 million » (CCNE 1989, p. 4). Le rapport

se poursuit par une description des risques induits par le cannabis. En se fondant sur les théories nord-américaines comme celle de « l'escalade » qui bien que controversée (Richard *et al.* 2004) sert régulièrement d'argument rhétorique au discours de prohibition et de guerre à la drogue (Carrier 2004), le professeur Bourdon indique que le cannabis est « considéré à tort comme une drogue douce » car elle est « inductrice d'une marginalité sociale qui peut conduire, entre autres, aux drogues dures ». Le rapport se poursuit par une explication de la consommation fondée sur le prix des produits, ainsi : « les opiacés sont réservés à des classes sociales plus favorisées », quant à la « cocaïnomanie », elle serait « très bien contrôlée par les usagers qui sont d'une classe sociale privilégiée, cultivée, et qui sait parfaitement "naviguer" dans sa toxicomanie » (CCNE 1989, p. 4). Le rapport se termine par un simple énoncé de symptômes comportementaux et psychologiques jugés « redoutables » pour le travail. Sans autre référence à l'appui, la preuve de la dangerosité des drogues est apportée par le fait que le dépistage se généralise dans les entreprises américaines.

Le rapport éthique est, quant à lui, nettement plus nuancé. La demande de l'entreprise Syva-bioMérieux est traduite en deux questions spécifiques : la première porte sur le principe même du dépistage, la seconde sur son opportunité. Ces deux questions conduisent à « déspécifier » l'état de toxicomanie, en rappelant qu'à l'embauche aucune discrimination n'est admissible. Le CCNE poursuit en posant comme principe celui de l'interdiction du dépistage systématique des drogues des candidats à l'embauche en prenant appui sur les normes de droit commun. Il y est d'abord question des critères d'appréciation de la capacité des personnes à occuper un poste de travail qui requière que l'état de santé d'un candidat s'apprécie en fonction de la mesure de l'aptitude, elle-même confiée au seul médecin du travail[13]. Le second principe avancé est celui de la protection de la vie privée qui repose sur les normes générales de l'article 9 du Code civil et de la sanction de discrimination fondée sur les mœurs. Enfin, le CCNE rappelle que le dépistage est soumis au principe du respect de la volonté des personnes[14], ce qui écarte tout dépistage à l'insu. Pour autant, seul le dépistage systématique est rejeté puisque le CCNE considère que certains emplois présentant des risques « dans l'exercice de l'activité » peuvent justifier dans le cadre de la recherche de l'aptitude, un dépistage des drogues. Sans préciser les types d'emploi dont il s'agit, le CCNE indique que leur liste ne saurait être établie « unilatéralement » par l'employeur

13. Si le médecin du travail peut prescrire des examens complémentaires pour les affections contre-indiquées à un poste de travail, cette prescription ne concerne, en cas de consommation avérée de drogues, qu'une « toxicodépendance lourde ». Seul dans ce cas jugé « exceptionnel » par le CCNE, un test biologique peut être envisagé.

14. Ce principe reprend, sans la nommer, la doctrine retenue par les résolutions internationales en matière de dépistage, notamment du VIH. Ces résolutions considèrent la recherche du statut sérologique d'une personne comme un acte volontaire protégé par le secret médical.

mais par les services compétents du ministère du Travail, à savoir le Conseil supérieur de prévention des risques professionnels (CSPRP).

L'année suivant, en 1990, le CSPRP (1990) se prononce par le biais d'une circulaire[15] qui confirme la logique de « déspécification » selon les mêmes principes que ceux avancés par le CCNE[16]. En revanche, cet organisme adopte une autre approche de la toxicomanie. Celle-ci ne se réduit au seul usage de drogues, ni même à une dépendance physique et/ou psychique à un produit toxique pour le système nerveux central, mais met l'accent sur la complexité du « vécu toxicomaniaque » par des sujets. Une telle approche conduit alors à relativiser l'ampleur du problème dans le cadre des relations de travail puisqu'est considérée comme « toxicomane » une personne qui est non seulement dépendante à un produit mais qui a, de plus, relégué « tous ses autres investissements affectifs et sociaux ». Or, selon le CSPRP, cette définition correspond à environ 150 000 personnes en France, dont un quart seulement exerce une activité professionnelle. En conséquence de quoi, le CSPRP conclut que si le dépistage peut se justifier dans un cadre thérapeutique, il est inutile comme instrument de diagnostic ou d'évaluation des capacités d'un sujet à effectuer certaines tâches de travail. Deux registres argumentaires soutiennent cette position. Le premier mobilise des arguments cliniques et pharmacologiques. Pour le CSPRP, ne dépister que des substances illégales et non les médicaments psychotropes n'a que peu de sens. Le second registre repose sur une évaluation technique et juridique des tests disponibles. Le CSPRP émet des doutes sur la fiabilité des tests urinaires et sur la pertinence de l'information qu'ils fournissent. En effet, légalement, les résultats de ces tests ne valent que comme indicateurs d'exposition à un produit et non pas comme preuve d'une consommation. Pour être constituée, cette dernière implique le recours à des techniques de confirmation coûteuses (chromatographie gazeuse et spectrométrie de masse) qui exigent un personnel spécialisé et le respect de procédures strictes.

Au début des années 1990, les régulations publiques cadrent donc la demande commerciale de Syva-bioMérieux en faisant des tests des outils d'appréciation de l'aptitude au travail, ce qui exclut tout usage systématique dans les entreprises, sauf pour les postes de sécurité. Mais, l'absence de définition limitative de ces postes laisse aux entreprises la latitude d'interpréter cette notion selon leurs besoins propres. En outre, ces premières régulations font apparaître un clivage interne qui oppose deux approches

15. Conformément à la tradition de négociation collective et de droit négocié, la mission confiée au CSPRP s'inscrit dans le cadre de ses compétences générales d'expertise sur les problèmes de société présentant des contradictions entre des exigences de sécurité des personnes et le respect des libertés publiques.

16. Les principes de protection de la vie privée et d'appréciation de l'aptitude déjà avancés par le CCNE sont repris, le CSPRP insistant en outre sur le principe de non-discrimination pour des motifs de santé, récemment adopté dans le cadre de la loi anti-discrimination de juillet 1990.

conceptuelles de ce qu'on peut entendre par « toxicomanie ». La première, d'inspiration toxico-pharmacologique, considère la toxicomanie comme relevant d'une intoxication provoquée par diverses substances dont les conséquences sont jugées dramatiques pour les entreprises, ce qui permet de justifier le recours à la solution du dépistage. La seconde approche, d'inspiration clinique et juridique, portée par le ministère du Travail, tend, quant à elle, à relativiser l'étendue du problème. En effet, la toxicomanie est ici envisagée comme affection complexe touchant des personnes considérées comme des « sujets ». Cette approche est, en cela, conforme au référentiel alors dominant dans le champ de la prise en charge et des soins aux toxicomanes que portent, notamment, le ministère de la Santé (Bergeron 1996).

Dans les années 1990 et 2000, la publicisation du problème de la consommation de produits psychoactifs au travail s'accentue, tout en étant de plus en plus associé à la solution du dépistage. Cette dynamique, qui articule la promotion d'un problème et sa solution, est portée, dans l'espace européen, par différents réseaux d'acteurs qui par leurs savoirs et leurs expertises spécifiques, concourent à traduire la consommation de drogues en différents types de risques pour les entreprises.

6.2.2. *L'exigence d'un standard : des techniques, des normes et des réseaux*

Au cours des années 1990, l'offre de tests de dépistage des drogues se diversifie sur un marché concurrentiel. De plus en plus fiables, rapides, performants, simples à utiliser sous forme de kits et surtout moins chers, les tests disponibles permettent de dépister des drogues illégales à partir d'autres substrats que le sang et les urines comme la salive, les cheveux, voire la sueur (Labat et Deveaux 2009). En Europe, ces nouvelles propriétés des tests favorisent leur circulation dans différents espaces d'activité (Crespin 2006a, 2006b et 2011)[17]. Pour autant, comme aux États-Unis, ces tests immunologiques ne sont qu'une étape dans une procédure légale de dépistage. Pour acquérir le statut légal de preuve, un résultat positif doit être validé par des techniques dites de confirmation. Or, si aux États-Unis la procédure standard couple un test immunologique de *screening* à une

17. Outre leur usage sur le bord des routes par les forces de l'ordre sur le modèle des alcootests et dans l'emploi, les tests se déploient aujourd'hui dans un cadre privé grâce à des autotests disponibles *via* internet ou en pharmacie. Sur ce dernier point, voir notamment pour la France : « Tests antidrogues en famille », *Le Parisien*, 25 avril 2015. Et, le recours à ces instruments dans le cadre de la prévention scolaire des usages de drogues est aujourd'hui envisagé notamment en région Île-de-France : « Drogue : un député veut rendre obligatoire le dépistage au lycée », *Le Figaro*, 17 janvier 2014 ; « Dépistage du cannabis dans les lycées : la mesure de Pécresse est-elle légale ? », *Libération*, 14 janvier 2016.

confirmation par chromatographie gazeuse et spectrométrie de masse, en Europe, cette procédure est recommandée mais reste peu pratiquée pour des raisons de disponibilité, de coûts et surtout d'absence de protocole standardisé en assurant la qualité (Kintz 1995 ; Torre *et al.* 1997). Pour pouvoir répondre à ces exigences technico-légales, rappelées par les régulations internationales (bureau international du travail 2016)[18], les pays européens doivent donc non seulement disposer de matériels techniques et de procédures adéquats mais également de personnels formés et qualifiés, ce qui n'est pas encore le cas. En effet, dans les années 1990, on estime que seuls 10 % des laboratoires européens sont en mesure de réaliser des confirmations selon les standards internationaux.

6.2.2.1. *Les normes américaines : une référence pour l'Europe*

C'est afin d'y remédier qu'en 1996, un groupe d'experts en pharmacologie et en toxicologie se réunit à Barcelone afin de fixer les premiers seuils européens de détection des drogues pour les dépistages immunologiques et les procédures de confirmation. Ce travail se poursuit en 1998, en Suède, avec le premier « Symposium on Workplace Drug Testing », qui réunit des experts, des régulateurs et des industriels issus de 22 pays. Afin de rattraper les 15 années de retard qu'aurait l'Europe sur les États-Unis, différentes propositions sont formulées. Parmi elles, on trouve non seulement la mise en place de procédures d'accréditation obligatoires pour les laboratoires mais aussi l'évaluation de l'impact du dépistage des drogues sur le nombre d'accidents, le but étant : « de convaincre le public et le monde politique que de tels programmes sont bénéfiques » (Dalen *et al.* 2000, p. 103). Suite à ce congrès, un groupe d'experts sur le dépistage des drogues en milieu professionnel se constitue. En 1999, il devient l'*European Workplace Drug Testing Society* (EWDTS). Cette société qui associe des réseaux d'industriels avec des fournisseurs de services de dépistage, des associations professionnelles de toxicologues et de pharmacologues et des représentants d'agences de régulation de différents pays européens, affiche publiquement sa volonté de lutter contre les usages de drogues au travail. Pour ce faire, un des premiers objectifs de l'EWDTS est la formalisation d'un standard de qualité pour que les résultats des tests immunologiques puissent être présentés et défendus devant les tribunaux des différents pays européens. Le standard finalement retenu reprend et adapte pour l'Europe les procédures nord-américaines : un résultat positif à un test de *screening* doit être corroboré et précisé par une méthode de confirmation, à savoir, une chromatographie en phase liquide et/ou gazeuse, couplée à une spectrométrie de masse.

18. En 1996, l'observatoire international du travail (OIT) recommande, afin d'éviter les faux positifs liés à des réactions croisées avec des médicaments légaux, que « les méthodes utilisées pour le dépistage initial et la confirmation soient fondées sur différents principes de chimie analytique ou sur différentes séparations chromatographiques » (Bureau international du travail 1996).

6.2.2.2. *La SFTA : les intérêts d'une expertise pharmaco-toxicologique*

En France, la promotion et l'offre de ces services et méthodes de confirmation sont notamment assurées par la Société française de toxicologie analytique (SFTA) dont plusieurs membres occupent ou ont occupé des responsabilités au sein de l'EWDTS. Créée en 1987, la SFTA associe des toxicologues et pharmacologues français et européens dont les laboratoires hospitaliers mais aussi privés réalisent une part notable des analyses et expertises toxicologiques qui sont requises dans le cadre de procédures judiciaires. Si les activités de ces professionnels se situent à la frontière entre le privé et le public (Bergeron *et al.* 2011), elles sont aussi prises en tension entre deux modèles de référence, celui des normes technico-scientifiques de la toxicologie et celui de l'expertise judiciaire (Juston 2017). C'est dans ce cadre normatif que l'intérêt de la SFTA pour le dépistage des drogues se décline sur trois registres. D'abord un registre moral. Opposée aux conclusions du rapport Roques et conformément à la législation en vigueur la SFTA s'est publiquement prononcée contre la dépénalisation ou la décriminalisation de l'usage des drogues[19]. Le second registre repose sur des arguments scientifiques et techniques. Les expertises réalisées permettent de publier dans des revues spécialisées et d'affiner les connaissances en toxicologie analytique. En outre, en participant à des réseaux scientifiques internationaux, comme *The International Association of Forensic Toxicologists* (TIAFT), les analyses techniques de la SFTA permettent d'améliorer les méthodes et les procédures qui équipent les appareils vendus par les fabricants. Enfin, le troisième registre mobilise des arguments économiques liés à des enjeux industriels. Il s'agit de se positionner sur un marché concurrentiel afin de pouvoir rentabiliser des investissements dans des équipements techniques lourds et chers mais nécessaires pour répondre aux exigences des procédures judiciaires[20].

6.2.2.3. *Une production d'expertise comme performance publique*

Pour faire valoir ses compétences et assurer sa position de fournisseur de services notamment auprès des pouvoirs publics, la SFTA se lance à partir des années 2000 dans une production d'expertise sur les dangers des drogues au travail et sur les moyens d'y répondre. Ainsi, après plusieurs publications en faveur du recours au dépistage des drogues pour lutter contre l'insécurité routière, la SFTA consacre en 2002 un numéro

19. À la lumière d'une synthèse des études disponibles sur la dangerosité de différentes substances psychoactives, le rapport Roques proposait une nouvelle classification de ces substances. Si l'héroïne, la cocaïne ou l'alcool étaient classés dans la catégorie la plus dangereuse, le tabac et les benzodiazépines entraient dans une catégorie intermédiaire alors que le cannabis était classé, seul, dans le groupe le moins dangereux (Roques 1999).
20. Un appareil de chromatographie doublé d'une spectrométrie coûte entre 70 000 et 200 000 euros pour les machines les plus sophistiquées, somme à laquelle doit être rajouté 10 % du prix par an pour l'entretien. Chaque laboratoire possède plusieurs machines de ce type.

entier de sa revue *Annales de Toxicologie Analytique* au dépistage des drogues en milieu professionnel. Ce numéro de revue affiche nombre des attributs d'une production d'expertise dont la dimension « dramatique » vise à influer sur la décision publique (Hilgartner 2000). Cette stratégie passe, tout au long des articles proposés, par différentes techniques de présentation visant à donner du crédit aux analyses, aux recommandations et aux solutions préconisées.

Dès son éditorial, ce numéro de revue se positionne sur les incertitudes présentes dans les premières régulations publiques concernant le dépistage. Un premier chiffrage du problème est avancé qui, sans référence à l'appui, affirme que « 15 à 20 % des accidents mortels du travail sont liés à l'usage de l'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants », quant au dépistage, il est qualifié d'« outil indispensable de prévention » des « conduites addictives » (Nisse et Deveaux 2002, p. 1). Cette dernière formulation se révèle stratégique car elle permet d'ajuster l'expertise et les services proposés à la catégorie d'action publique d'« addiction » qui est alors en passe de remplacer celle de « toxicomanie » (Fortané 2010). Ayant participé aux travaux de l'EWDT, les auteurs de l'éditorial veulent également rassurer sur la fiabilité et la disponibilité des techniques et outils de dépistage. Si des tests immunochimiques peuvent être utilisés en « première intention », les toxicologues rappellent qu'un résultat positif doit être « impérativement confirmé » par des « méthodes chromatographiques et spectrales » qui sont désormais disponibles et « très performantes » grâce à des procédures strictes assurant la confidentialité et la traçabilité de leurs résultats. Les éditorialistes affichent également leur « intégrité » en inscrivant leur démarche dans le cadre des régulations publiques existantes. Puisque ces dernières cantonnent l'usage des tests aux seuls médecins du travail, une attention particulière leur est portée. En effet, puisqu'ils « engagent leur responsabilité dans la décision d'aptitude à un poste de travail », les médecins du travail pourraient « affiner leur diagnostic » par des données « biologiques et toxicologiques » que les laboratoires affiliés à la SFTA sont prêts à leur fournir.

Si l'éditorial oriente l'offre de services en ciblant les incertitudes émanant des premières régulations publiques, ce travail d'ajustement s'affine dans la suite des articles. Trois types d'alliés scientifiques sont alors mobilisés par ces toxicologues pour étayer l'alerte sur les risques et justifier le recours au dépistage des drogues dans les entreprises françaises. Comme l'a démontré la sociologie des sciences, l'importation d'expertises extérieures à un champ disciplinaire vise à persuader l'audience à laquelle on s'adresse de l'objectivité des analyses avancées (Jasanoff 1987). Le recours à des alliés scientifiques a donc une portée stratégique : il s'agit de mettre en scène l'existence d'un consensus scientifique sur la définition d'un problème tout en écartant d'autres approches. La dangerosité des drogues est alors démontrée par le glissement permanent entre un registre neurologique et un registre cognitivo-comportemental. L'inventaire de symptômes généraux (baisse des performances, syndrome délirant organique et/ou amoti-

vationnel, ralentissement de la pensée, etc.) sert ainsi à juger incompatible tout usage de drogues avec des activités professionnelles nécessitant le « contrôle de soi ». Dangereux pour le salarié, l'usage de drogues l'est également pour autrui ainsi que pour les entreprises qui doivent en assumer les conséquences. Le dépistage est alors présenté comme la solution la plus adéquate pour prévenir un autre inventaire, celui des risques non quantifiés et décontextualisés des situations de travail : troubles du comportement, absentéisme, accident, baisse de la vigilance (Anger 2002). Enfin, plusieurs articles justifient également l'utilisation des tests pour prévenir les risques financiers et juridiques auxquels seraient exposées les entreprises. En effet, en apportant la preuve d'une consommation de drogues par un employé impliqué dans un accident, le dépistage permettrait d'exonérer la responsabilité de l'employeur et de réduire voire de supprimer les indemnisations auxquelles peuvent prétendre les éventuelles victimes ou leurs ayant-droits (Davenas et Pépin 2002).

6.2.3. *Multipositionalité et affinités électives : l'intéressement des pouvoirs publics*

En 2003, ces arguments experts inspirent les conclusions d'un rapport sénatorial intitulé « Drogue : l'autre cancer » (Olin et Plasait 2003). Favorable à un renforcement de la répression en matière de lutte contre la drogue, ce rapport reprend dans plusieurs sections consacrées au milieu professionnel les expertises de la SFTA sur la dangerosité des drogues et sur la solution du dépistage. Au cours des années 2000, le problème posé par les drogues au travail et la solution du dépistage ne cessent de gagner en visibilité notamment sous l'impulsion des *plans gouvernementaux 2004-2008* et *2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies*, plans qui consacrent l'approche par les addictions (Fortané 2010). En 2007, l'arrivée d'Étienne Apaire à la présidence de la MILDT conduit à faire du problème des « drogues au travail » un des chantiers prioritaires de l'action gouvernementale. Les expertises de la SFTA y trouvent alors un écho favorable. Dès l'introduction du plan de 2008 se trouve repris, sans référence à l'appui, l'idée que sur les lieux de travail « 15 à 20 % des accidents et des absences seraient en lien avec l'usage de produits psychoactifs » (MILDT 2008, p. 12). Afin de lever ce qui est « encore trop souvent un sujet tabou dans notre pays » et réduire les « accidents professionnels, l'absentéisme et les risques liés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants » deux mesures principales sont avancées (MILDT 2008, p. 36). La première est l'organisation d'États Généraux sur les conduites addictives en milieu professionnel. La seconde mesure vise à faire du dépistage un des outils du médecin du travail dans le cadre d'une politique globale de prévention au service de la santé et de la sécurité de l'entreprise et des personnes. Dans la seconde moitié des années 2000, la mise en œuvre de ces deux mesures conduit à une importante production

d'expertises (Redonnet 2010), de colloques et de rapports dans lesquels les analyses de la SFTA sont discutées, reprises et commentées[21].

6.2.3.1. *Porter l'alerte sur les drogues dans le débat public : réseaux et ressources institutionnelles*

Si cette appropriation est favorisée par l'adéquation entre les analyses et les services proposés par la SFTA avec la demande publique, cette correspondance ne relève pas du hasard ou de la magie, fut-elle sociale. En effet, à moins d'adhérer à une approche fonctionnaliste toujours prompte à naturaliser les processus sociaux, de nombreux travaux de sciences sociales ont montré, pour reprendre la formule de Gilles Massardier (1996), que « les savants les plus autorisés à parler doivent leur crédit à un système de reconnaissance de leur savoir qui dépasse les frontières de l'espace social des savants ». Dès lors, rendre compte d'une rencontre entre les expertises de la SFTA et la demande publique implique de prendre au sérieux le travail d'intéressement que certains acteurs de cette société ainsi que leurs alliés ont su et dû produire pour se rendre « incontournable ». Si la production et la diffusion d'expertises est une composante de ce travail (Crespin 2015), il convient également d'insister sur les multiples positions institutionnelles qu'occupent certains membres de la SFTA et sur les ressources sociales et symboliques qu'elles leurs confèrent pour s'autoriser et être autorisés à intervenir plus ou moins directement dans les débats organisés par les pouvoirs publics : titres professionnels de docteur et/ou professeur de médecine, de pharmacie ou de biologie, ou encore appartenance honorifique à des organisations prestigieuses comme les Académies de médecine ou de pharmacie. Multipositionnalité qui rend possible le déploiement de stratégies plus ou moins complexes et explicites de « présentation de soi » afin de donner des gages d'indépendance, d'autorité et d'objectivité dans les débats qui ont cours.

Ainsi, lors des assises nationales de juin 2010 à Paris, l'une des quatre tables rondes, intitulée « Où en sommes-nous du phénomène de consommation de drogues illicites en milieu professionnel ? », fait intervenir cinq experts dont trois collaborent, fréquentent ou appartiennent directement à la SFTA. C'est le cas de Paul Frimat qui apparaît comme professeur de médecine du travail et à qui est confié le rôle de modérateur. C'est également le cas du professeur Michel Lhermitte qui est présenté comme docteur en pharmacie et responsable du laboratoire de toxicologie analytique au CRHU de Lille, sans qu'il ne soit fait référence qu'il est membre de la SFTA et qu'il en a assuré la présidence du comité scientifique. D'autres membres de la SFTA participent aux assises en apparaissant que comme responsables de laboratoires privés d'analyses. D'autres encore mettent en avant leur seule qualité de membre de l'Académie de médecine. C'est

21. Deux forums régionaux ont été organisés en 2009 à Angers et à Bordeaux afin de préparer des assises nationales à Paris en juin 2010. MILDT – DGT, *Assises nationales : drogues illicites et risques professionnels*, Paris, juin 2010.

en particulier le cas du professeur Lafargue, qui est alors certes le président de la commission « substances vénéneuses et dopants » de cette académie mais aussi général en retraite, fondateur et premier président de l'Institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale (IRCGN), ancien « expert national drogue » auprès du secrétariat général du Comité interministériel pour les questions de coopération économique européenne (SGCI), et ancien président de la SFTA (1987 à 1996).

Ces ressources de position autorisent donc la SFTA à intervenir sur les dangers des drogues au travail en faisant « parler » des institutions qui confèrent à leurs propos une autorité politique, morale et scientifique qu'il devient ensuite possible de mobiliser dans la dynamique du débat public[22]. Ainsi en 2011, plusieurs membres de la SFTA sont auditionnés et cités comme experts dans un rapport d'information sur la toxicomanie réalisé par Françoise Branget, députée, et Gilbert Barbier, sénateur (Branget et Barbier 2011). Dans ce rapport qui porte, entre autres, sur les problèmes posés par l'usage de drogues au travail, on retrouve notamment le professeur Paul Lafargue, cette fois-ci, président d'une commission de l'Académie nationale de pharmacie ou encore le docteur Gilbert Pépin, alors membre du groupe de travail « réactualisation du consensus cannabis » de la SFTA, directeur d'un laboratoire parisien d'analyse de biologie médicale, mais présenté à cette occasion comme expert auprès de différentes instances judiciaires[23]. Ces prises de positions sont ensuite reprises et commentées dans plusieurs journaux nationaux et sites d'information pour attester de l'ampleur et de la gravité du problème que soulève la consommation de drogues au travail. Mais si ces expertises contribuent à faire exister publiquement le problème des drogues au travail, elles sont aussi mobilisées pour orienter l'action publique. C'est par exemple le cas du communiqué conjoint de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de pharmacie de juin 2012 en réaction aux propos tenus par la ministre Cécile Duflot qui avait rappelé que le parti Europe Écologie-Les Verts, dont elle était la secrétaire nationale, était en faveur d'une dépénalisation du cannabis. Tout à la fois solennel et dramatisant dans sa forme, ce communiqué dans un appel « à la raison et la

22. À cette époque, des membres de la SFTA sont aussi présents dans plusieurs associations de lutte contre les drogues. Quatre sont ainsi par exemple administrateurs du centre national d'information sur la drogue (CNID). Association qui rassemble, outre ces médecins et toxicologues, des acteurs politiques, comme, par exemple, Bernard Stasi, Hervé Gaymard ou Christine Boutin, des acteurs administratifs (IGAS), des industriels ainsi que d'anciens responsables des armées. La SFTA compose également l'essentiel (4 membres sur 7) du comité scientifique de l'association Marilou qui avait été très active pour promouvoir le dépistage des drogues comme outil de lutte contre l'insécurité routière.

23. Sa contribution experte est particulièrement probante puisqu'il est cité à 17 reprises dans ce rapport où il est indiqué que les tests auxquels les entreprises soumettent leurs salariés « permettent de conclure que 20 % des accidents du travail seraient causés par des addictions aux drogues » (Branget et Barbier 2011, p. 46).

responsabilité de l'État » s'inspirait fortement des arguments de la SFTA pour affirmer que :

> « 15 à 20 % au moins des accidents du travail sont provoqués par des conduites addictives. C'est pourquoi le dépistage systématique du cannabis en entreprise, bien qu'il soit interdit reste toutefois licite pour les postes à risque. Si demain la loi venait à évoluer dans le sens d'une dépénalisation, les entreprises pourraient-elles mettre en cause la responsabilité de l'État en cas d'accident ? » (Académies nationales de médecine et de pharmacie 2012, p. 2).

6.2.3.2. *L'accès à des espaces confinés*

Toutefois, bien présente dans l'espace public, l'expertise de la SFTA circule également dans des espaces plus confinés où le partage de références scientifiques et de représentations communes sur le problème des drogues favorise l'échange avec certains acteurs publics. C'est notamment ce qu'indique le responsable d'un laboratoire dirigé par des membres de la SFTA lorsque qu'est abordé avec lui la question des collaborations possibles avec les pouvoirs publics, en particulier avec la MILDT :

> « […] Avec Apaire, cela a été de nouveau très bien parce qu'on le connaît depuis très longtemps, c'est un ancien magistrat et il connaît, il connaît la toxicologie et il connaît la toxicomanie et on pouvait discuter avec lui en disant voilà ce qu'on peut faire techniquement, techniquement on peut apporter une réponse précise fiable : est-ce que cela vous intéresse ? Et Apaire, il dit oui, oui ok, on va mettre des choses en place […]. »

Cet accès à la MILDT repose notamment sur des « affinités électives » (Pinto 1981 ; Löwy 1999), entretenues de longue date du fait des activités d'expertise judiciaire que réalise ce laboratoire affilié à la SFTA :

> « En fait, Apaire c'est un magistrat que X, le directeur du Labo connaissait depuis longtemps puisqu'il était procureur, je ne sais plus où, et eux ils s'entendaient bien… Donc, on a des liens de cohésion scientifique, quand on lui explique à Étienne Apaire qu'on peut doser ça, qu'on sait interpréter les résultats […] On se dit qu'on parle à peu près le même langage. »

En juin 2011, Étienne Apaire signe d'ailleurs en tant que président de la MILDT, la préface d'un ouvrage coordonné par deux anciens présidents mais toujours membres de la SFTA, les docteurs Kintz et Mura (Kintz et Mura 2011). Intitulé « Drogues et accidentalité », ce livre rassemble les travaux menés sur ce thème depuis une dizaine

d'années par la SFTA ou par de proches collaborateurs, comme Jean Constantin[24]. Dans cette préface, Étienne Apaire rappelle que la logique d'action du dernier *plan gouvernemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie* supposait de se baser sur des « données fiables afin d'ajuster au mieux les réponses aux besoins du terrain » et que c'est précisément dans « cette perspective d'aide à la décision que s'inscrit l'ouvrage des docteurs Kintz et Mura, biologistes toxicologues » (Apaire 2011, p. 1). Étienne Apaire juge ainsi « particulièrement appréciables » les analyses proposées sur les aspects techniques du dépistage et sur l'incidence de la consommation de produits sur les accidents de la route ou « du travail dans le milieu professionnel », notamment grâce aux éléments que le livre apporte sur les aspects « cliniques, biologiques et réglementaires » qui permettent « l'éclairage des politiques publiques ». Le président de la MILDT finit par saluer l'implication des auteurs dans la lutte contre les drogues mais aussi leur contribution « aux avancées dans les politiques de soin ou de prévention quant aux conduites addictives » (Apaire 2011, p. 1).

6.3. Conclusion

En guise de conclusion, nous souhaitons donner quelques éléments synthétiques afin de rendre compte de cette trajectoire pour le moins inattendue qui a conduit des tests formalisés dans un cadre clinique pour soigner des toxicomanes à se déployer dans les entreprises nord-américaines et françaises comme des instruments de sélection et de contrôle des salariés. Rétrospectivement, il apparaît qu'au-delà de la diversité des formes, des usages et des acteurs qui se sont saisis de ces outils biologiques, ceux-ci participent d'un processus plus large d'amplification des logiques de prévention se caractérisant par une logique croissante d'anticipation des comportements (Conrad et Schneider 1992 ; Armstrong 2009). En s'intéressant à l'évolution des modes de régulation des tests et de leurs usages, il est alors possible de distinguer différents registres de prévention qui enrichissent la carrière sociale de ces instruments.

Un premier registre consigne le recours aux tests dans une double logique de protection de différents types de population (héroïnomane, militaire, jeunesse, population générale) et de réparation (prise en charge, soins) contre les conséquences de l'usage de drogues. Dès leur mise au point, les tests participent à des dispositifs de médicalisation de la toxicomanie (Le Moigne 2005). Cette dernière se trouve alors définie comme une

24. Jean Constantin est membre des Académies nationales de médecine et de pharmacie. Professeur en pharmacologie à la faculté de Rouen, il dirige une unité de recherche de neuro-psycho-pharmacologie associée au CNRS. Président du centre national de prévention, d'études et de recherches en toxicomanie (CNPERT), il a publié différents ouvrages de vulgarisation pour alerter les parents, les enfants et les pouvoirs publics sur les dangers du cannabis. Pour plus de détail : http://controverses.sciences-po.fr/archive/cannabis/index-13833.php.

maladie métabolique pouvant être cliniquement traitée par la méthadone (Conrad *et al.* 1992). Pour autant, loin d'être univoque, ce régime de prévention recouvre des dynamiques multiples et complexes. D'abord, ce premier régime ne se résume pas à des objectifs cliniques puisque les centres de méthadone visent également une réduction des effets sociaux de l'usage de drogues (incarcération, désocialisation, crimes et délits). Au sein de ces dispositifs, le dépistage a, lui aussi, plusieurs finalités. D'abord, il sert à sélectionner les patients les plus à même d'assurer la réussite du traitement (uniquement les héroïnomanes), afin de garantir la viabilité économique (maintien des subventions) des premiers centres. Ensuite, le dépistage permet non seulement de suivre médicalement les patients mais aussi, dans une logique de concurrence professionnelle, d'attester, chiffres à l'appui, de la supériorité des traitements par méthadone sur d'autres modes de prise en charge (abstinence).

L'appropriation des tests par l'armée américaine diversifie les registres d'usage des tests. Certes, des médecins militaires réalisent les tests et la délivrance de soins est maintenue mais ce dispositif de dépistage est inféodé à des objectifs électoraux (réélection de Richard Nixon). Le dépistage devient ainsi l'instrument d'une politique qui vise à repérer et traiter les soldats engagés au Viêtnam dont la consommation d'héroïne est considérée comme une menace pour la jeunesse et l'ordre public.

Au tout début des années 1980, la carrière des tests emprunte une trajectoire nouvelle qui révèle l'émergence d'un second registre de prévention. Cette bifurcation est notamment repérable lorsque le département de la défense (DOD) met en place un dépistage urinaire des drogues obligatoire dans tous les corps d'armée. Le but n'est plus seulement protecteur et réparateur mais aussi exploratoire et prophylactique puisque, dans ce cas, on teste des unités militaires qui n'ont pas de dysfonctionnement particulier afin de savoir si elles présentent des faiblesses pouvant, dans le futur, poser des problèmes.

Près de 50 ans après la mise au point des tests, le premier registre de prévention perdure puisque, selon des modalités diverses, le dépistage peut ouvrir sur une prise en charge et des soins. Mais la diffusion massive des tests dans l'emploi s'est principalement faite en fonction du second registre que l'armée américaine, en tant qu'employeur, a largement contribué à formaliser. En effet, c'est dans l'espace militaire que les usages de drogues ont été traduits comme des risques pour des activités professionnelles (sécurité organisationnelle et performance des soldats) sur la base de savoirs (épidémiologie, toxicologie, psychologie comportementale) présumant ou discutant d'une continuité entre simple usage et addiction (Robins *et al.* 1974 ; Lang 1980 ; Mulloy 1991). Ensuite, les programmes militaires ont suscité une forte demande d'innovations (tests immunologiques) dont la production a fait émerger une offre de

dépistage et de services associés sur un marché rapidement dominé par de grandes entreprises pharmaceutiques. Enfin, l'alignement des procédures militaires sur celles du monde civil (Einsel 1983) a rendu possible, tant d'un point de vue technique que réglementaire, le déploiement du dépistage dans les entreprises publiques et privées américaines.

Dans l'emploi, la diversification des acteurs du dépistage, son découplage à l'égard d'une logique clinique ainsi que la traduction des usages de drogues dans le langage des risques se sont accentués (Beck 2008 ; Borraz 2013). Sur la base d'expertises et d'intérêts hétérogènes (scientifique, industriel, politique, managérial), tout un ensemble de risques est identifié (absentéisme, baisse de la productivité, accidents du travail, etc.). Le dépistage est alors publiquement promu comme un outil de réduction de ces risques afin de protéger la rentabilité économique et la sécurité organisationnelle des entreprises. Cette sanitarisation (Crawford 2004 ; Fassin 2008) du régime de régulation des tests stabilise le second registre de prévention qui s'esquissait dans l'armée. La mécanique préventive devient plus sécuritaire que disciplinaire (Foucault 2004) puisqu'il s'agit moins d'isoler des salariés usant de drogues, pour les soigner, que de les identifier afin de changer leur comportement en les rendant comptable de leurs pratiques addictives, par toute une série d'actions (mise à pied, sanction, renvoi, refus d'embauche, etc.). Dans le monde du travail, la frontière entre vie privée et vie professionnelle s'en trouve brouillée. En effet, peu importe si les usages de drogues ont lieu en dehors du travail, le dépistage vise à sélectionner des salariés dont le « style de vie » n'expose pas les entreprises à devoir faire face à des coûts économique, juridique ou réputationnel jugés indus. En outre, cette grammaire sanitaire de normalisation des conduites offre des justifications pour des finalités plus politiques (Peretti-Watel et Moatti 2009). Aux États-Unis, le cadrage public des problèmes posés par les drogues en termes d'épidémie dans le contexte politique répressif de « guerre à la drogue » a certainement contribué à la diffusion des tests, mais celle-ci fut aussi encouragée par le retour d'une gestion conservatrice des problèmes sociaux. La mise en œuvre d'une série de normes (législative, contractuelle, réglementaire, technique) incitant les entreprises à dépister s'est ainsi largement fondée sur une idéologie morale et politique qui, en stigmatisant publiquement comme des déviants les salariés et plus largement les individus consommant des drogues, visait à changer leurs comportements. Certes, conformément à la perspective libérale, la capacité de défense individuelle, essentielle dans la mise en œuvre du droit, a permis de contester certaines pratiques de dépistage, notamment devant les tribunaux. Mais les procès ont paradoxalement favorisé la diffusion du dépistage en définissant les conditions légalement justes de leur réalisation. En outre, les jugements rendus ont inféodé les libertés individuelles (vie privée, intégrité physique) aux normes de sécurité et de productivité des entreprises, réduisant ainsi la portée collective de ces protections.

En France, face à la pression commerciale de l'industrie pharmaceutique, la question de l'usage des tests par les entreprises a fait l'objet d'une régulation publique « en amont », principalement fondée sur la réglementation des examens médicaux (CSPRP, CCNE). Mais la multipositionnalité de certains représentants d'intérêts industriels ainsi qu'une culture politique favorisant le soutien aux experts accrédités, a permis, en jouant sur les tensions internes aux premières régulations, de promouvoir la solution du dépistage comme un instrument de prévention des risques et de sécurisation des espaces professionnels. Pour autant, en France, le recours aux tests de dépistage des drogues reste un enjeu controversé. Comme le montre les premiers jugements rendus par la Justice (CAA Marseille 21 août 2015 ; Cour d'appel d'Orléans 12 janvier 2016), l'obstacle principal à la généralisation du dépistage est la médecine du travail qui est la garante de la santé des salariés. Or, depuis quelques années, cette position est fragilisée par une démographie médicale déclinante et par plusieurs réformes qui ont imposé aux employeurs une obligation de résultats en matière de santé et de sécurité. Ces évolutions font peser de nouvelles responsabilités sur les médecins du travail dont les pratiques sont réorientées vers une prévention démédicalisée des risques (Marichalar 2010). De fait, le choix fait par les pouvoirs publics de maintenir la place des médecins au sein de services pluridisciplinaires de santé au travail pourrait s'avérer une opportunité pour la diffusion des outils et des pratiques de dépistage des drogues. En effet, en devant consacrer une partie importante de son temps à des tâches de coordination et de management, le médecin du travail pourrait se voir contraint de confier à d'autres professionnels certaines missions de prévention, notamment celles qui concernent les addictions. Ces évolutions conduiront-elles à modifier les registres d'usages des tests ? Seules des études prenant en compte la diversité des dispositifs et des pratiques de dépistage au sein d'entreprises et de situations de travail hétérogènes permettront de répondre à cette question. En tous les cas, sans vouloir céder aux sirènes de la prédiction, il reste fort probable qu'un éventuel nouveau registre préventif des tests doive composer avec des logiques de médicalisation, de sécurité sanitaire et de contrôle de l'espace de travail.

6.4. Bibliographie

Académie Nationale de Médecine et Académie Nationale de Pharmacie (2012), Dépénaliser le Cannabis: à quel prix pour la santé?, Paris, Joint Statement, 14 June.

Akrich, M. (1987), Comment décrire les objets techniques, *Techniques et Culture*, 9, 49–64.

Akrich, M. (1989), La construction d'un système socio-technique. Esquisse pour une anthropologie des techniques, *Anthropologie et Sociétés*, 13(2), 31–54.

Cette bibliographie est identique à celle de l'ouvrage correspondant en anglais publié par ISTE.

Akrich, M. (1990), De la sociologie des techniques à une sociologie des usages: l'impossible intégration du magnétoscope dans les réseaux cablés de première génération, *Techniques et Culture*, 16, 83–110.

Akrich, M., Callon, M., Latour, B., Monaghan, A. (2002), The key to success in innovation part I: the art of interessement, *International journal of innovation management*, 6(2), 187–206.

Ambrose, M.L. (2000), Drug testing and procedural fairness: The influence of situational variables, *Social Justice Research*, 13(1), 25–40.

American Management Association (1992), *Survey on Workplace Drug Testing and Drug Abuse Policies*, American Management Association, New York.

American Management Association (1996), Most employers who test do so by mandate, *Drugs in the Workplace*, Surveys no. 10, American Management Association, New York.

American Management Association (2004), *Workplace Testing Survey: Medical Testing*, American Management Association, New York.

American Medical Association (1967), Committee on alcoholism and drug dependence: Management of narcotic-drug dependence by high-dosage methadone HCl technique, *JAMA*, 201(12), 136–137.

Anger, J.P. (2002), Principaux effets psychiques des stupéfiants: risque en milieu professionnel, *Annales de Toxicologie Analytique*, 14(1), 68–73.

Apaire, E. (2011), Préface, in *Drogues et accidentalité*, Kintz, P. and Mura, P. (eds), EDP sciences, Les Ulys.

Armstrong, D. (2009), Origins of the problem of health-related behaviours: A genealogical study, *Social Studies of Science*, 39(6), 909–926.

Baker, S.L. (1971), Drug abuse in the United States Army, *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 47(6), 541–549.

Bassand, M. (1990), *Urbanization: Appropriation of Space and Culture*, The Graduate School and University Center-City, University of New York, New York.

BCC Research (2002), *The Drug Monitoring and Abuse Testing*, BCC Research.

BCC Research (2015), *Drug Testing: Technologies and Global Markets*, BCC Research.

Beck, U. (2001), *La société du risque: sur la voie d'une autre modernité*, Aubier, Paris.

Becker, H.S. (1985), *Outsiders. Étude de sociologie de la déviance*, Métailié, Paris.

Bergeron, H. (1996), *Soigner la toxicomanie. Les dispositifs de soins, entre idéologie et action*, L'Harmattan, Paris.

Bergeron, H. (1999), *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, PUF, Paris.

Bergeron, H. (2009), *Sociologie de la drogue*, La Découverte, Paris.

Bergeron, H., Castel, P., Nouguez, E. (2011), Un entrepreneur privé de politique publique. La lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé, *Revue Française de Science Politique*, 61(2), 201–229.

Bernat De Celis, J. (1996), *Drogues, consommation interdite. La genèse de la loi du 31 décembre 1970*, L'Harmattan, Paris.

Berthet, D. (ed.) (1998), *Art et appropriation*, Ibis Rouge édition, Paris.

Black, S., Owens, K.L., Wolff, R.P. (1970), Patterns of drug use: A study of 5,482 subjects, *The American Journal of Psychiatry*, 127(4), 420–423.

Blandin, B. (2002), *La construction du social par les objets*, PUF, Paris.

Borraz, O. (2013), Pour une sociologie critique des risques, in *Du risque à la menace. Penser la catastrophe*, Bourg, D., Joly, P.-B. and Kaufmann, A. (eds), PUF, Paris, 237–255.

Bromberger, C., Chevallier, D. (eds) (1999), *Carrières d'objets*, Cahier 13, Editions de la Maison des sciences de l'homme, Paris.

Branget, F., Barbier, G. (2011), *Rapport d'information n° 699 sur les toxicomanies*, Mission d'information sur les toxicomanies, Sénat-Assemblée nationale, http://www.senat.fr/rap/r10-699-1/r10-699-11.pdf.

Bureau International du Travail (1996), *Prise en charge des questions d'alcoolisme et de toxicomanie sur le lieu de travail*, Recueil de directives pratiques, BIT, Geneva.

Burt, M.R., Biegel, M.M., Carnes, Y., Farley, E.C. (1980), *Worldwide Highlights from the Worldwide Survey of Non-Medical Drug Use and Alcohol Use Among Military Personnel*, Burt Associated, Bethesda.

Callon, M. (1986), Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc, *L'Année Sociologique*, 36, 169–208.

Carrier, N. (2004), Les vedettes de la prohibition du cannabis, *Drogues, Santé et Société*, 2(2), 1–24.

Castel, R., Benard-Pellen, M. (1998), *Les sorties de la toxicomanie*, Éditions universitaires de Fribourg, Fribourg.

Castro, J. (1986), Battling the enemy within: Companies fight to drive illegal drug out of the workplace, *Time Magazine*, 17 March, 53–63.

Comité Consultatif National d'Éthique (1989), Avis sur le dépistage des toxicomanies dans l'entreprise, Report, 15–16, 6.

Conrad, P., Chapman Walsh, D. (1992), The new corporate health ethic: Lifestyle and the social control of work, *International Journal of Health Services*, 22(1), 89–111.

Conrad, P., Schneider, J.W. (1992), *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Temple University Press, Philadelphia.

Crawford, R. (2004), Risk ritual and the management of control, *Health*, 8(4), 505–528.

Crespin, R. (2006a), Connaître ou informer: la carrière sociale des tests ELISA/VIH dans deux enquêtes épidémiologiques en France et aux États-Unis, *Sciences Sociales et Santé*, 24(4), 53–89.

Crespin, R. (2006b), Drogues et sécurité routière. Changement politique ou nouvel usage des instruments?, *Revue Française de Science Politique*, 56(5), 813–836.

Crespin, R. (2009), Quand l'instrument définit les problèmes. Le cas du dépistage des drogues aux États-Unis, in *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Gilbert, C. and Henry, E. (eds), La Découverte, Paris, 215–236.

Crespin, R. (2011), Instruments et registres de la transparence. Le cas du dépistage des drogues aux États-Unis, *Raison Publique*. http://www.raison-publique.fr/article458.html.

Crespin, R. (2014), Des objets techniques aux objets-frontières: appropriation et dissémination des instruments d'action publique. Commentaire, *Sciences Sociales et Santé*, 32(2), 57–66.

Crespin, R. (2015), Le sens des mesures. Usages et circulation des chiffres dans la définition du problème public des drogues au travail, *Psychotropes*, 21(1), 35–54.

Crespin, R., Lascoumes, P. (2000), Régulation de la carrière d'un instrument de santé. Les parcours de l'usage du test du VIH dans l'emploi en France et aux États-Unis, *Sociologie du Travail*, 42(1), 133–157.

Crespin, R., Lhuilier, D., Lutz, G. (eds). (2017), *Se doper pour travailler*, Éditions Érès, Toulouse.

CSPRP, Ministère du travail de l'emploi et de la formation professionnelle (1990), Circulaire n° 90/13 relative au dépistage de la toxicomanie en entreprise, Bulletin officiel.

Dagognet, F., Pignarre, P., Domic, Z., Prevoteau Du Clary, F. (eds) (2000), *Les médecins doivent-ils prescrire des drogues?*, PUF, Paris.

Davenas, L., Pépin, G. (2002), Conséquences juridiques et financières de l'accident du salarié sous l'emprise d'une substance psychoactive, *Annales de Toxicologie Analytique*, 14(1), 20–23.

Dalen, P., Beck, O., Bergman, U., Björklöv, P., Finer, D., Garle, M. and Sjökvist, F. (2000), Workplace drug testing (WDT) likely to increase in Europe. Report from the first European symposium on WDT including selected abstracts, *European Journal of Clinical Pharmacology*, 56(1), 103–120.

Desjeux, D., Monjaret, A., Taponier, S. (1998), *Quand les Français déménagent, Circulation des objets domestiques et rituels de mobilité dans la vie quotidienne en France*, PUF, Paris.

Duprez, D., Kokoreff, M. (2000), *Les mondes de la drogue*, Odile Jacob, Paris.

Dole, V.P. (1988), Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addiction, *Journal of the American Medical Association*, 260(20), 3025–3029.

Dole, V.P., Nyswander, M. (1965), A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addicts, *Journal of the American Medical Association*, 193, 646–650.

Dole, V.P., Nyswander, M. (1966), Rehabilitation of heroin addicts after blockade with methadone, *New York State Journal of Medicine*, 66, 2011–2017.

Dole, V.P., Nyswander, M. (1967), Heroin addiction – A metabolic disease, *Archives of Internal Medicine*, 120, 11–24.

Dole, V.P., Warner, A. (1967), Evaluation of narcotics treatment programs, *American Journal of Public Health*, 57(11), 2000–2005.

Dole, V.P., Nyswander, M., Kreek, M.J. (1966), Narcotic blockade, *Archives of Internal Medicine*, 110, 304–309.

Dole, V.P., Wan Kyun, K., Eglitis, I. (1966), Detection of narcotics drugs, tranquilizers, amphetamines, and barbiturates in urine, *Journal of the American Medical Association*, 198(4), 349–352.

Einsel Commission Report (1983), *Review of Urinalysis Drug Testing Program. Report by a panel of Army and civilian experts in toxicology and drug testing legal issues for the Surgeon General of the U.S. Army*, Washington DC.

Ehrenberg, A., Mignon, P. (eds) (1992), *Drogues, politique et société*, Ed Descartes-Le Monde-Éditions, Paris.

Fassin, D. (2008), *Faire de la santé publique*, EHESP, Rennes.

Flamm, M.W. (2005), *Law and Order: Street Crime, Civil Unrest, and the Crisis of Liberalism in the 1960s*, Columbia University Press, New York.

Fligstein, N. (2001), *The Architecture of Markets. An Economic Sociology of Twenty First Century Capitalist Societies*, Princeton University Press, Princeton.

Fortané, N. (2010), La carrière des "addictions". D'un concept médical à une catégorie d'action publique, *Genèses*, 78, 5–25.

Foucault, M. (2004), *Sécurité, territoire et population. Cours au collège de France. 1977-1978*, Le Seuil-Gallimard, Paris.

Giglio, E.D. (1995), *Rights, Liberties and Public Policy*, Avebury, Brookfield.

Gilbert, C., Henry, E. (eds) (2009), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, La Découverte, Paris.

Goulle, J.P. (2009), Immunochimie: quelle place en 2008?, *Annales de Toxicologie Analytique*, 21(1), 49–53.

Guerrero, G. (1987), The Federal role: Uncle Sam or Big Brother?, in *Drug Testing: Protection for Society or a Violation of Civil Rights?*, National Association of State Personnel Executives (ed.), NASPE, Lexington, 21–25.

Gusfield, J.R. (1996), *Contested Meanings: The Construction of Alcohol Problems*, The University of Wisconsin Press, London.

Harris, M.M., Heft, L.L. (1992), Alcohol and drug use in the workplace: Issues, controversies and directions for future research, *Journal of Management*, 18(2), 239–266.

Hale, A.B. (eds) (1989), *The Medical and Healthcare Marketplace Guide*, International Biomedical Information Service, Inc., Miami.

Hentoff, N. (1968), *A Doctor Among the Addicts: The Story of Marie Nyswander*, Rand McNally, New York.

Hervieu, J.-M. (ed) (1993), *L'esprit des drogues: la dépendance hors la loi?*, Autrement, Paris.

Hilgartner, S. (2000), *Science on Stage. Expert Advice as Public Drama*, Stanford University Press, Stanford.

HireRight, (2014), Employment Screening Benchmark Report, 2014 Edition, HireRight, Inc.

Hofstein, F. (2000), *Le poison de la dépendance*, Le Seuil, Paris.

Howe, H.A. (1955), Physician's Blueprint for the management and prevention of narcotic addiction, *New York State Journal of Medicine*, 55(3), 341–347.

Hughes, P.H., Barker, N.W., Crawford, G.A., Jaffe, J.H. (1972), The natural history of a heroin epidemic, *American Journal of Public Health*, 62(7), 995–1001.

International Labor Office. (1996), *Management of alcohol–and drug-related issues in the workplace*, An ILO code of practice, ILO, Geneva.

Irving, J. (1988), Drug testing in the military – technical and legal problems, *Clinical Chemistry*, 34(3), 637–640.

Jacobs, J.B., Zimmer, L. (1991), Drug treatment and workplace drug testing: Politics, symbolism and organizational dilemmas, *Behavioral Sciences and the Law*, 9(3), 345–360.

Jacobson, M. (2003), Drug testing in the trucking industry: The effect on highway safety, *Journal of Law and Economics*, 46(1), 131–156.

Jasanoff, S. (1987), Contested boundaries in policy-relevant science, *Social Studies of Science*, 17, 195–230.

Joseph, H., Stancliff, S., Langrod, J. (2000), Methadone maintenance treatment: A review of historical and clinical Issues, *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 67(5/6), 347–364.

Joseph, H., Dole, V.P. (1970), Methadone patients on probation and parole, *Federal Probation*, 34(2), 42–48.

Juston, R. (2017), Les médecins légistes en France: un groupe professionnel segmenté entre expertise judiciaire et spécialité médicale, *Déviance et Société*, 42(3), 387–413.

King, R. (1957), Narcotic drug laws and enforcement policies, *Law and Contemporary Problems*, 91(1), 113–131.

Kintz, P. (1995), Dépistage des toxicomanies: méthodes de dosage et conduite à tenir, *l'Eurobiologiste*, 1995, 24(215), 37–43.

Kintz, P., Mura, P. (eds) (2011) *Drogues et accidentalité*, EDP sciences, Les Ulys.

Kokoreff, M., Coppel, A., Peraldi, M. (eds.) (2018) *La catastrophe invisible. Histoire sociale de l'héroïne*, Amsterdam Éditions, Paris.

Kopp, P. (2006), *Économie de la drogue*, La Découverte, Paris.

Kuzmarov, J. (2009), *The Myth of the Addicted Army. Vietnam and the Modern War on Drugs*, University of Massachusetts Press, Amherst.

Labat, L., Deveaux, M. (2009), Immunoanalyse et toxicologie, *Annales de Toxicologie Analytique*, 21(1), 1–2.

Labrousse, A. (2011), *Géopolitique des drogues*, PUF, Paris.

Lamy, E., Shinn, T. (2006), L'autonomie scientifique face à la mercantilisation. Formes d'engagement entrepreneurial des chercheurs en France, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 164, 23–50.

Lang, K. (1980), American Military Performance in Vietnam. Background and analysis, *Journal of Political and Military Sociology*, 8(2), 269–286.

Lapoujade, D. (1997), *William James, Empirisme et pragmatisme*, PUF, Paris.

Lascoumes, P. (1996), Rendre gouvernable, de la traduction au transcodage, l'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique, in *La Gouvernabilité*, CURRAP, PUF, Paris, 325–337.

Lascoumes P. (2003), Gouverner par les instruments. Ou comment s'instrumente l'action publique?, in *La Politisation*, Lagroye, J. (ed.), Belin, Paris, 387–401.

Lascoumes, P., Le Galès, P. (2005), Introduction: L'action publique saisie par ses instruments, in *Gouverner par les instruments*, Lascoumes, P. and Le Gales P. (eds), Presses de Sciences Po, Paris, 11–44.

Latour, B. (1993), *La science en action*, La Découverte, Paris.

Le Moigne, P. (2005), La reconnaissance du trouble mental. Psychiatrie, médecine et bien-être (1950–1980), *Cahiers de Recherche Sociologique*, 41–42, 91–114.

Le Moigne, P., Ragouet, P. (2012), Science as Instrumentation. The Case for Psychiatric Rating Scales, *Scientometrics*, 39(2), 329–349.

Lefebvre, H. (1966), Préface, in *L'Habitat Pavillonnaire,* Raymond, H., Haumont N., Raymond, M.G. and Haumont, A. (eds), Centre de Recherche d'Urbanisme, Paris, 3–24.

Löwy, M. (1999), Le concept d'affinité élective en sciences sociales, *Critique Internationale*, 2(2), 1999, 42–50.

Lundberg, G.D. (1986), Mandatory unindicted urine drug screening: Still chemical McCarthyism*, JAMA*, 256(21), 3003–3005.

Martin, J.K., Blum, T.C., Roman, P.M. (1992), Drinking to cope and self-medication: Characteristics of jobs in relation to workers drinking behaviour, *Journal of Organizational Behaviour*, 13(1), 55–71.

Massardier, G. (1996), Les savants les plus “demandés”. Expertise, compétences et multipositionnalité. Le cas des géographes dans la politique d’aménagement du territoire, *Politix*, 9(36), 163–180.

Marichalar, P. (2010), La médecine du travail sans les médecins? Une action patronale de longue haleine (1971–2010), *Politix*, 91(3), 27–52.

Metlay, G. (2013), Federalizing medical campaigns against alcoholism and drug abuse, *The Milbank Quarterly*, 91(1), 123–162.

MILDT (2006), Conduites addictives et milieu professionnel, Report to the French Prime Minister, Paris, 32.

MILDT (2008), *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*, La Documentation Française, Paris.

Morgan, J.P., Puder, P.S. (1989), Urinary testing for drugs of abuse in the military, *Behavioral Sciences and the Law*, 7(3), 379–386.

Mulloy, P.J. (1991), Winning the war on drugs in the military, in *Drug Testing. Issues and Options*, Coombs, R.H. and West, J.L. (eds), Oxford University Press, New York, 93–112.

Newcomb, M.D. (1988), *Drug Use in the Workplace: Risk Factors for Disruptive Substance Use among Young Adults*, Auburn House, Dover.

NIDA (1991), *Summary of Findings from the 1991 National Survey on Drug Abuse*, National Institute on Drug Abuse, Rockville.

Nisse, C., Deveaux, M. (2002), Éditorial: Addiction et milieu professionnel, *Annales de Toxicologie Analytique*, 14(1), 1–2.

Normand, J., Lempert, R.O., O’Brien, C.P. (eds) (1994), *Under the Influence? Drugs and the American Workforce*, National Research Council, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC.

Nyswander, M. (1950), Withdrawal treatment of drug addiction, *New England Journal of Medicine*, 242, 128–130.

Olin, N., Plasait, B. (2003), Drogue: l’autre cancer, Sénat, Report, 321.

Ozminkowski, R.J., Mark, T., Cangianelli, L., Walsh, M.J., Davidson, R., Blank, D., Flegel, R.R. and Goetzel, R.Z. (2001), The cost of on-site versus off-site workplace urinanalysis testing for illicit drug use, *Health Care Manager*, 20(1), 59–69.

Peretti-Watel, P., Moatti, J.P. (2009), *Le principe de prévention*, Le Seuil, Paris.

Pinto, L. (1981), Les affinités électives: Les amis du Nouvel Observateur comme “groupe ouvert”, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 36–37, 105–127.

Redonnet, B. (2010), Consommation de drogues en milieu professionnel, état des lieux des connaissances et des recherches menées en France, OFDT, Paris.

Reinarman, C. (1988), The social construction of an alcohol problem: The case of mothers against drunk drivers and social control in the 1980s, *Theory and Society*, 17(1), 91–120.

Reynaud-Maurupt, C., Milhet, M., Hoareau, E., Cadet-Taïrou, A. (2011), Les carrières de consommation d'usagers de cocaïne inconnus des institutions socio-sanitaires et répressives: une recherche qualitative conduite en France en 2007-2009, *Déviance et Société*, 35(4), 503–529.

Richard, D., Senon, J.L., Valleur, M. (2004), *Dictionnaire des drogues et des dépendances*, Larousse, Paris.

Robins, L.N., Davis, D.H., Goodwin, D. (1974), Drug use by US Army enlisted men in Vietnam: A follow-up on their return home, *American Journal of Epidemiology*, 99(4), 235–249.

Roffman, R.A., Sapol, E. (1970), Marijuana in Vietnam: A survey of use among Army enlisted men in two Southern corps, *The International Journal of the Addictions*, 5(1), 1–42.

Roman, P.M. (1981), From employee alcoholism to employee assistance. Deemphases on Prevention and alcohol problems in work–based programs, *Journal of Studies on Alcohol*, 42(3), 244–272.

Roques, B. (1999), *La dangerosité des drogues*, Odile Jacob, Paris.

Ryan, W. (1976), *Blaming the Victim*, Vintage Book, New York.

SAMSHA, (1993), *National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings 1991*, Substance Abuse Mental Health Service Administration, Rockville.

Schneider, E.C. (2008), *Smack, Heroin and the American City*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

Shepard, E.M., Clifton, T.J. (1998), Drug testing and labour productivity: Estimates applying a production function model, in *Research Paper no. 18*, Institute of Industrial Relations (ed.), Le Moyne University, Syracuse, NY.

Shinn, T. (2000), Formes de division du travail scientifique et convergence intellectuelle: La recherche technico-instrumentale, *Revue française de sociologie*, 41(3), 447–473.

Skrzycki, C. (1990), Drug-testing industry shows its wares, *The Washington Post*, October 17.

Smith, L. (1996), If you want a job, better just say no, *The Washington Post*, September 18.

Snow, D.A., Benford, R.D. (2000), Clarifying the relationship between framing and ideology: Comment on Oliver and Johnston, *Mobilization*, 5(1), 55–60.

Sonnensthul, W.J. (2003), Symbolic crusades and organizational adoption of substance abuse prevention programs, in *Preventing Workplace Substance Abuse: Beyond Drug Testing to Wellness*, Bennett, J.B. and Lehman, W.E.K. (eds), American Psychological Association, Washington, DC, 227–238.

Thévenot, L., Conein, B., Dodier, N. (1993), Les objets dans l'action, *Raisons Pratiques*, 4, EHESS, Paris, 1993.

de la Torre, R., Segura, J., de Zeeuw, R.A., Williams, J. (1997), Recommendations for the reliable detection of illicit drugs in urine in the European Union, with special attention to the workplace, *Annales Cliniques de Biochimie*, 34, 339–44.

Treaster, J.B. (1992), 20 years of war on drugs and no victory yet, *The New York Times*, New York, June 14.

Trice, H.M., Roman, P.M. (1978), *Spirits and Demons at Work: Alcohol and Other Drugs on the Job*, New York State School of Industrial and Labor Relations & Cornell University, Ithaca, New York.

Trompette, P., Blanco, E. (2009), L'usage en conception : Projeter sans fermer la carrière sociale des innovations, in *Comment les acteurs s'arrangent avec l'incertitude*, Chalas, Y., Gilbert, C. and Vinck, D. (eds), Études des archives contemporaines, Paris, 7–16.

Walsh, M. J., Trumble, J.G. (1991), The politics of drug testing, in *Drug Testing: Issues and Options*, Coombs, R.H. and West, L.J. (eds), Oxford University Press, New York, 22–49.

Warnier, J.P. (1999), *Construire la culture matérielle*, PUF, Paris.

White, W.L. (1996), *Pathways from the Culture of Addiction to the Culture of Recovery: a Travel Guide for Addiction Professions*, 2nd ed., Hazelden, Center City.

Zimmer, L., Jacobs, J.B. (1992), The business of drug testing: Technological innovation and social control, *Contemporary Drug Problems*, 19(1), 1–26.

Conclusion

Au moment de conclure, il peut être utile d'évoquer les pistes de recherche qui mériteraient d'être développées à la lumière des analyses exposées dans chacun des chapitres de cet ouvrage. On se contentera ici d'en présenter quelques-unes, en distinguant, dans l'esprit qui a guidé le découpage du livre, les questions relatives aux principes qui aiguillent la mesure du trouble mental, d'une part, des interrogations portant sur son emploi par les sciences, la clinique, les institutions ou encore par le public profane, d'autre part.

L'évaluation standardisée du trouble mental s'apparente à une « mesure-en-concept », c'est-à-dire à une métrique qui comporte en elle-même une désignation de son objet. Que son soubassement théorique et technique soit fondé sur la psychométrie ou la taxinomie, il est question à chaque fois de démontrer en la mesurant l'existence d'une dimension ou d'un agrégat sous-jacent, d'où on déduira l'identification d'une forme exclusive ou d'un trait distinct, présumé pathologique. Or, la détermination d'une entité clinique ou d'une disposition morbide ne se conçoit pas *ex nihilo* : elle se fonde sur une représentation préalable de la pathologie ou elle exige, au moment de statuer sur les distributions chiffrées des symptômes, d'être ratifiée par un jugement de vraisemblance. Comme on l'a vu, l'organisation du DSM-III, qui a inauguré l'évaluation standardisée, en dépit de l'a-théorisme affiché, ne se départit pas de ce principe : la nosographie qu'il défend, depuis son architecture jusqu'à sa ratification, mêle un parti biologique à un parti subjectiviste, et noue sous ce jour le désordre mental à une lecture proprement individualiste de la personne. À cet égard, l'hypothèse selon laquelle le développement de la mesure serait lié en psychiatrie, plus ou moins contradictoirement, à la montée du dogme de l'individualité dans les sociétés contemporaines, comporte une valeur heuristique qui mériterait d'être exploitée, discutée et enrichie par de nouveaux travaux. Le même traitement devrait être appliqué à l'hypothèse subséquente à celle-ci qui

---

Conclusion rédigée par Philippe LE MOIGNE.

consiste à considérer que *le standard* représente, dans ce système de normes et de valeurs, un format de règles appelé à un développement considérable : par les principes qu'il défend, tels que l'objectivité des observables ou la ratification par accord, ce type de règles est de fait particulièrement adapté à l'établissement de la confiance requise pour échanger et décider dans un univers qui s'énonce dans les termes d'un agrégat d'individus, tout autant isolés que différenciés.

À ce titre, il conviendrait de savoir si, du côté des modèles de mesure et de la conceptualisation des troubles, l'avènement d'une *psychiatrie personnalisée* peut offrir à terme un prolongement direct au couplage, qu'on évoque ici, entre la nosologie et l'axiomatique de l'individualité. Sur un plan purement logique, cette nouvelle ramification de la pensée nosologique et de la caractérisation technique du trouble mental, fait pour le moins sens. Il y est question en effet de doter la nosographie d'une approche individualisée, fondée sur le principe d'une interaction entre les symptômes et d'une multiplicité de facteurs de risques, dans le but de parvenir à déterminer par ce modèle l'irréductible particularité du trouble dont chaque patient serait atteint en propre. Mais, même en acceptant l'idée que cette médecine idiosyncrasique est plausible, au regard de ses principes comme de sa mise en œuvre technique, il reste, comme l'a souligné ici Xavier Briffault, que son développement est suspendu aux pesanteurs des modèles installés, et des formes de pensées et de pratiques qui en dépendent. L'échec de la mise en œuvre d'un modèle dimensionnaliste, plus respectueux de la complexité et de la singularité du tableau clinique des patients, dans la confection et la promotion du DSM-V, est là pour rappeler qu'un changement de cadre implique tout autant d'imposer un modèle que de modifier l'ensemble des ramifications, scientifiques et cliniques, de la perspective qui l'a précédé. Que sait-on aujourd'hui des initiateurs de la psychiatrie personnalisée ? Quelle est leur position et leur surface ? Cette perspective est-elle capable d'initier un changement de paradigme ou bien devra-t-elle composer avec l'effet d'inertie du système qui, avec l'*Evidence-Based Medicine*, structure aujourd'hui l'organisation de la recherche ? Ou bien encore, les tensions que le dogme de l'individualité tend à créer, qui imposent qu'une objectivité surplombante précède l'examen de la maladie, parviendront-elles à rendre raison à une appréciation individualisée mais néanmoins formelle de l'affection, sans que cette appréciation ne soit jugée proprement personnelle, c'est-à-dire subjective ?

Le développement des neurosciences impose également d'interroger *les nouveaux modes d'objectivation* déployés par la recherche sur le trouble mental. On a assisté ici à un renouvellement, au moins apparent, de la détermination des voies de l'objectivité, à travers l'essor de l'imagerie en particulier. Le DSM-III a fondé sa légitimité sur le principe d'une *objectivité descriptive*, en tentant d'assortir le jugement diagnostique, contre sa dénonciation sous les traits d'un exercice subjectif, d'une démonstration par les nombres et les tests statistiques. Avec le développement de l'imagerie, cette caracté-

risation du trouble mental a paru, sinon dépassée, du moins fortement fragilisée. Une raison à cela : l'image de l'activité cérébrale permettrait de faire advenir l'objet, de « capturer » le trouble mental, d'en identifier la forme comme les processus neuronaux. Ainsi, cette *objectivité formelle* aurait fait perdre à la nosographie une partie de son pouvoir d'énonciation, simplement en rendant les désordres « visibles ». La question qu'on est en droit de poser néanmoins est de savoir si, là encore, il est possible de concourir à l'identification d'une forme sans le préalable de sa désignation. Autrement dit, les dispositifs techniques qui encadrent la mise en œuvre de l'imagerie dérogent-ils aux plans de recherche passés qui, comme en endocrinologie ou en psychopharmacologie, se fondaient sur la recherche de corrélats ? Là encore, les régions et processus identifiés par l'image ne sont-ils pertinents qu'au regard des grilles diagnostiques apprêtées en amont par la nosographie, dans le but de sélectionner les patients candidats au scanner ? Autrement dit, dans quelle mesure l'objectivité formelle, prônée par l'imagerie, réussit-elle à s'affranchir du diagnostic ? Parce qu'une telle émancipation est peu probable, doit-on conclure ici à la reconduction, sous une autre forme, du mécanisme de délégation réciproque de la preuve qui a pu caractériser les relations nouées jusqu'à présent entre la nosographie, d'une part, et la recherche en endocrinologie, en génétique ou en psychopharmacologie, d'autre part ? Dans l'affirmative, le travail de preuve continuerait d'être enfermé dans une forme de « validation mutuelle », pour reprendre l'expression forgée dans cet ouvrage par Margot Morgiève : l'image donnant corps à la forme énoncée par la nosographie se verrait en droit de revendiquer l'identification matérielle et sensible du trouble, tandis que le diagnostic psychiatrique pourrait prétendre de son côté avoir offert une description raisonnée de sa qualification, l'imagerie en ayant confirmé la validité. Comme on l'a vu, il reste que ce jeu de miroirs ne permet en aucun cas d'établir ce qui a été vu ou désigné précisément par ce moyen, pas plus qu'il ne permet de garantir le caractère et l'origine pathologique de la forme ainsi relevée. Le dispositif inauguré par l'imagerie réussit-il à s'extirper de ce dilemme ? Répondre à cette question exige un examen scrupuleux de l'activité déployée dans ce secteur de recherche qu'une ethnologie de laboratoire pourrait à bon droit chercher à conduire.

De son côté, l'étude en situation de l'usage des tests par les sciences sociales mériterait d'être davantage soutenue. Dans ce domaine, on peut résumer l'état de la recherche par un mot : tout reste à faire. Si certaines études ont pu montrer que les psychiatres se référaient peu au DSM au cours de leur consultation, sinon pour établir un diagnostic éligible au remboursement des soins, il reste que la grammaire à laquelle ils se réfèrent dans les faits n'a pas été suffisamment inspectée. Mais, l'étude de la place occupée par l'instrumentation dans l'échange entre cliniciens et patients n'a pas donné lieu à davantage de développements. De ce point de vue, l'enquête qu'Aude Béliard présente dans ce volume, à propos de l'usage du MMSE dans le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, a valeur d'exception. Or, on voit bien à sa lecture combien ce type d'études

enrichit notre compréhension du rôle acquis par les instruments dans l'interaction médicale et, par suite, dans la clinique des troubles mentaux. Cette ethnographie montre bien que la déclaration formelle d'un trouble personnel, dans le cadre d'une relation mettant aux prises des sujets acquis à l'idée de leur individualité, agissante et consciente, réclame le concours d'une objectivité qui les dépasse et que l'instrumentation de la psychiatrie réussit à incarner. L'expression de « médiation » utilisée par Aude Béliard pour décrire ce processus s'avère ici particulièrement juste. La médiation véhiculée par l'outil va d'ailleurs bien au-delà d'une contribution à l'obtention d'un accord partagé sur le diagnostic : à la faveur de la répétition de la mesure dans le temps, le test finit par jouer un rôle pivot dans le déroulé de la prise en charge et l'accompagnement des sujets. On retrouve ici une qualité intrinsèque aux outils que Baptiste Brossard a désignée sous le terme de « convertibilité » : leur usage vaut en recherche comme en clinique ; les instruments servent le diagnostic comme ils permettent de réduire la prévention du patient contre celui-ci ; ils décrivent un état tout autant qu'une évolution et peuvent à ce titre s'enchâsser dans la dynamique de la relation thérapeutique, au point d'en constituer l'un des éléments de référence, etc. Toutefois, le destin auquel est soumis l'usage de ces tests reste, selon toute vraisemblance, inégal. Leur degré d'appropriation par les cliniciens comme par les patients dépend probablement des univers pathologiques considérés, et des particularités de chacun des secteurs de la prise en charge : il n'y a aucune raison de croire que l'effet de persuasion des outils est à chaque fois le même, et que son introduction aboutirait inéluctablement à la préemption du patient par son diagnostic. Pour enrichir la compréhension de ces usages, la recherche a besoin d'être soutenue. En la matière, il importe qu'elle puisse s'appuyer sur des études comparées, appliquées au traitement de troubles différents et à des modes de prise en charge eux-mêmes distincts.

Enfin, parce que l'individualité se réclame d'une protection sans cesse réaffirmée de la personne, elle alimente logiquement la multiplication des lieux et des vecteurs propices à la mesure de la vulnérabilité individuelle, et appuie à ce titre une politique de prévention toujours plus étoffée. Mais, à l'inverse, parce que le soutien à la personne requiert qu'elle soit protégée des comportements d'abus ou d'excès d'autrui, ce principe appuie un dépistage et un contrôle des conduites jugées dangereuses, tout aussi massifs en probabilité. C'est pourquoi, globalement, la mesure du trouble mental est prise dans un jeu d'oscillations permanentes, entre victimisation et responsabilisation, prévention et sanction. C'est ainsi, comme Renaud Crespin l'a montré, qu'un test destiné au soutien des programmes de substitution a pu, moyennant quelques ajustements techniques, venir servir au final le dépistage des consommations de drogues dans l'entreprise, c'est-à-dire une action se réclamant de la nécessaire « sécurisation » de l'espace de travail. L'analyse de ce type de circulation doit encourager le développement d'une recherche consacrée en propre à la diffusion sociale des tests psychiatriques, tant auprès des institutions que du public profane. Cette diffusion a-t-elle augmenté avec l'expansion, d'une part, du

répertoire nosographique, et d'autre part, des outils numériques et des objets connectés ? A-t-on assisté ici, comme on a pu le constater dans la clinique de l'hyperactivité, à l'affirmation d'une demande cherchant, par prévention, à assurer les personnes et leurs proches qu'ils ne sont pas atteints d'un des troubles répertoriés par la nosographie ? Ou au contraire, la recherche s'est-elle accrue d'une identification formelle, au moyen de la critériologie psychiatrique, d'un mal-être ou d'une déviance dont l'identité ne se donne pas à lire immédiatement chez soi ou chez autrui ? Autrement dit, il y a lieu de croire que des formes « spontanées » de dépistage se sont développées, au-delà des dispositifs encadrés par les institutions, depuis la sphère privée, par l'intermédiaire d'une appropriation « secondaire » des tests. Mais, aucun état des lieux, si tant est que son exhaustivité puisse un jour être atteinte, n'a été produit en la matière, ni même esquissé. Espérons simplement que ce livre puisse, dans ce domaine comme dans ceux évoqués précédemment, contribuer au développement de cette entreprise.

Liste des auteurs

Aude BÉLIARD
Université Paris Descartes V
Paris

Xavier BRIFFAULT
Cermes3
Université Paris Descartes V
Paris

Baptiste BROSSARD
ANU
Canberra
Australie

Renaud CRESPIN
CSO
Paris

Philippe LE MOIGNE
Inserm
Cermes3
Université Paris Descartes V
Paris

Margot MORGIÈVE
ICM
Paris

Index

A

accompagnement, 209
affinités électives, 245, 248, 260
antidépresseurs, 96, 103
appropriation, 219-221, 225, 226, 230, 246, 250
arbitraire, 6, 13, 24, 30
armée, 220, 225, 227-229, 250, 251
axiologie, 16, 18

B, C

Beck, Aaron, 57
catégorisation, 144, 154, 156, 192
clinique, 220, 222, 224, 241, 249, 251
coefficient kappa, 81, 82
cognition, 164
Collaborative Program, 66, 79, 80
comportement, 73
conflit, 15, 16, 19, 24
consultation(s), 167, 174, 175, 180, 183, 191, 195, 196, 198-210, 213

D

démence, 163, 164, 167, 175, 180
déni, 201, 202, 203, 206
dépistage, 217-222, 224-245, 247-252
dépression, 51, 53-58, 62-69, 76, 77, 79, 80, 83, 84, 85, 95-112, 117, 118
désignation, 4, 7, 8, 14, 17, 21, 23, 30, 34
Dexamethasone Suppression Test (DST), 66
diagnostic, 195-199, 201, 203-208, 212-214
  médical, 64, 66
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), 1, 3, 4, 7, 14-24, 26, 28, 29, 31-34, 135-139, 144, 147, 148, 155
domicile, 198, 209, 213
drogues, 217-228, 230-252

E

échelle, 95-111, 114-117
efficacité, 96, 99, 103, 105, 106, 114
emploi, 218-221, 230, 232-234, 236, 239, 241, 250, 251
endogène, 54, 55, 63, 79
épisode dépressif majeur, 103, 106, 108
essais
  cliniques randomisés, 147
  contrôlés randomisés, 106, 114, 116

étalon-or, 96, 100, 105, 107, 114, 117
États-Unis, 217-220, 222, 225-227, 231, 236, 241, 242, 251
être au monde, 140, 142, 150, 152
évaluation cognitive, 165, 167, 168, 172
Evidence-Based Medicine, 106, 112, 113
expertise, 219, 240, 243, 244, 248

F

famille, 201, 204, 206, 212
fiabilité, 198, 201, 203, 214
fonctionnement, 2, 18, 20-22
France, 217, 218, 220, 237, 238, 240, 241, 243, 252

G

gériatres, gériatrie, 164, 165, 172, 174, 176, 180
Gold Standard, 134, 140, 146, 152, 155, 167
grammaire relationnelle, 103, 147

H

Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), 95, 97, 99, 104, 118
Hempel, Carl, 71-73, 78, 79
histoire, 62, 69, 70

I

idiosyncrasie, 108
informateur, 214
institutionnalisation, 4, 5, 7, 14, 16, 23, 33

M

maladie d'Alzheimer, 169, 170, 176, 195, 196, 198, 204, 212, 213
médicaments, 179, 180
Mini-Mental State Examination (MMSE), 163, 166, 177, 195, 196, 199, 207-213
monoxydase, 63

N

négociation, 14, 16, 26, 33, 36
néo-kraepelien, 78, 79
névrose obsessionnelle, 134, 135, 137, 145
norme, 233

O, P

Overall, John, 54, 68, 75
personnalité, 2, 8, 9, 16, 17, 19, 21, 26, 28
pratiques médicales, 196
prévention, 217, 218, 226, 230, 234, 240, 241, 244, 245, 249-252
prise en charge, 203, 209, 212, 213
proches, 196, 198-200, 203-208, 210, 212-214
psychiatrie, 1, 4-9, 11-14, 16, 17, 20-22, 24-26, 28, 29, 33, 34, 36
psychologie, 3, 7-10, 13, 16, 24, 25, 26, 27, 33, 35
psychométrie, 69-71, 73, 74, 77-79

Q, R

qualité de vie, 2, 23-27, 33
réaction, 55, 56, 58
recherche médicale, 164, 166, 172

régulation, 4, 14, 29, 31, 33, 36, 217, 220, 221, 233, 235-237, 240, 242, 244, 249, 251, 252
relation thérapeutique, 198, 213
Research Diagnostic Criteria (RDC), 54, 68, 79

S

santé mentale, 4, 5, 7-9, 12-14, 22-24, 27, 28
savoirs, 219, 231, 232, 241, 250
sérotonine, 63
sociologie, 217, 220, 244
Spitzer, Robert, 54, 68, 78, 79, 81, 82, 84
standard, 1, 7, 14, 15, 23, 28-31, 35, 36
standardisation, 221, 225, 234
subjectivité, 5, 6, 18, 25, 32, 33, 39, 56, 58-60, 62, 72

T

taxinomie, 69, 71, 73, 74, 78, 79
technique, 219, 220, 223, 227, 230, 234, 237, 240, 251
test(s), 163, 164, 166-176, 178-182
  neuropsychologiques, 176, 195-199, 201, 203, 206, 207, 209, 213
  psychologiques, 164
toxicologie, 237, 238, 242-244, 246, 248, 250
transnational, 237
trouble(s)
  cognitifs, 201, 206
  obsessionnel compulsif, 134, 137

U, V

usages, 195, 196, 198, 203, 207
validation, 68, 73, 82, 86
variable latente, 107